Die extragenitale Syphilisinfektion

speziell:

Der Primäraffekt der Nase.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt und verfasst von

Hermann Löb

aus

Steinbach am Glan (Rheinpfalz).

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

WÜRZBURG.

Buchdruckerei Franz Staudenraus, vorm. Fleischmann.

1906.

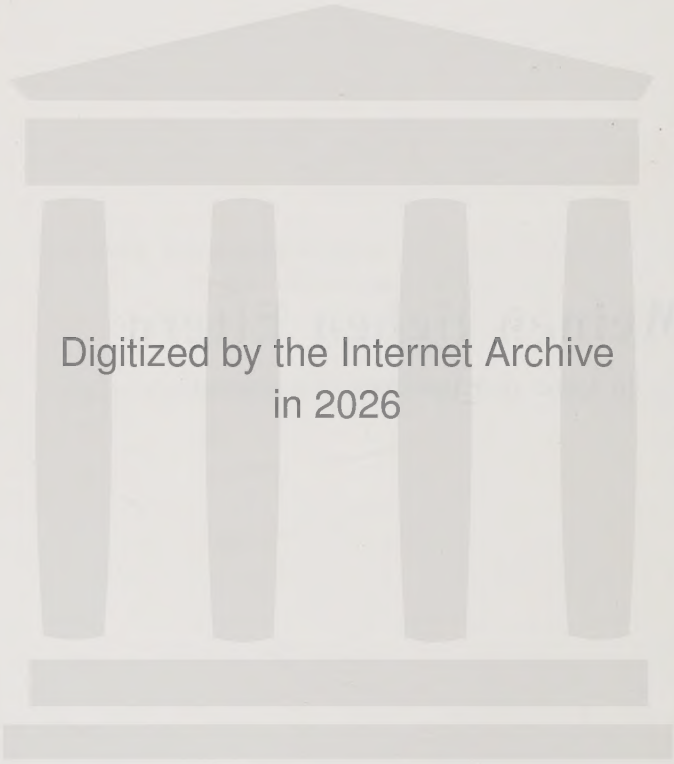
Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent:

Herr Geh. Medizinalrat Prof. Dr. von Leube.

Meinen lieben Eltern

in Liebe und Dankbarkeit gewidmet.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41507204_0151

A. Die extragenitale Infektion der Syphilis.

Während die Bearbeitung der extragenitalen Syphilisinfektion früher nur einen spärlichen Raum in der syphilidologischen Literatur einnahm, hat sie im Laufe der letzten Jahrzehnte eine überaus grosse Zahl von Publikationen hervorgerufen, von der einfachen kurzen Mitteilung eines Falles an bis zu Bulkley's grossem Sammelwerke „Syphilis in the innoncent". Durch diese Fülle von Arbeiten haben unsere Kenntnisse von der extragenitalen Syphilisinfektion eine bedeutende Erweiterung erfahren.[1])

Das grosse Interesse, das man allerseits der extragenitalen Syphilisinfektion entgegenbringt, erscheint recht begreiflich, wenn man folgendes bedenkt: Während der genital Infizierte meist sofort nach dem ersten Bemerken einer Veränderung, getrieben vom schlechten Gewissen, den Arzt aufsucht, sich entsprechend behandeln lässt und einer Weiterverbreitung durch gezwungene oder spontane Enthaltsamkeit in venere und sonstige Vorsichtsmassregeln vorbeugt, geschieht es leider oft, dass der extragenital Infizierte in völliger Unkenntnis seines Leidens seiner Familie und seinen Mitmenschen die Lues zuträgt.[2]) Auf diese Weise sind ganze Epidemien von Lues insontium entstanden. Bulkley hat in seinem Buche nicht weniger als 110 solcher Epidemien zusammenstellen können.

[1]) Münchheimer, Archiv f. Dermatol. u. Syphilis 40 (1897) p. 191.
[2]) Schnabel, Münchener med. Wochenschrift 1904, p. 588.

Zunächst ist die Kenntnis der extragenitalen Syphilisinfektion in praktischer Hinsicht für den Arzt von grossem Wert, da er ohne dieselbe direkten Schaden anzurichten vermag. Fälle, in denen ein nicht als solcher erkannter extragenitaler Primäraffekt oder eine konsekutive Drüsenschwellung nach derselben zu schweren, selbst letal endenden Operationen Veranlassung gab, sind leider keine Seltenheit.[1]) Es können nämlich die sonderbarsten Fehldiagnosen unterlaufen; Verwechselungen mit Tuberkulose, Carcinom, Sarkom, Fibrom, Lymphosarkom, Sykosis parasitaria, Furunkel, Panaritis, Diphtherie u. a. Erkrankungen sind vorgekommen und in Menge in der Literatur beschrieben. In der Mehrzahl der Fälle wird eine extragenitale Sklerose erst nach dem bezw. durch das Auftreten der sekundären Erscheinungen richtig diagnostiziert. Leider ist dann meistens schon Unheil angerichtet.[2])

Die Diagnose der extragenitalen Sklerose wird besonders schwer durch ihren häufig verblüffenden Sitz. Schon Hunter hat betont, dass keine erreichbare Körperstelle, keine von aussen zugängliche Schleimhautstelle vor der Infektion geschützt ist. Am häufigsten werden die Lippen, die Brust und Brustdrüsen, die Mundhöhle und Tonsillen, sowie die Finger und Hände Sitz der Affektion. Besonders bieten aufgesprungene Lippen dem syphilitischen Virus die denkbar günstigste Eintrittsstelle, dann sind auch die Lippen dem Kontakt mit dem syphilitischen Virus am meisten ausgesetzt. Haslund[3]) fand unter 231 extragenitalen Sklerosen 140 Lippen-, Mund- und Zungenschanker, 17 Tonsillenschanker, die übrigen waren über der ganzen Oberfläche des Körpers zerstreut. Nach der Statistik Bulkley-Münchheimer wurden Sitz der Infektion: die Lippen in 2285 Fällen, die Brust und Brustwarze in 1283, die Mundhöhle in 751, die Finger und Hände in 522, die Tonsillen in 504, die Augenlider und Konjunktiva in 463, die Rachen- und Nasenhöhle in 290, die Zunge in 175, das

[1]) Münchheimer, Arch. f. D. u. S. 40. p. 192.

[2]) Schnabel, Münchener med. Wochenschr. 04. p. 588.

[3]) Hospitalstidende 1899 Nr. 3—5 (ref. Dermatol. Zentralblatt 1900 pag. 337).

Kinn in 166, die Wangen in 161, die Nase in 125, der Stamm in 124, der Anus in 108, die unteren Extremitäten in 92, die regio perigenitalis in 80, die Vorderarme in 60, das Zahnfleisch in 57, der Hals in 51, die Stirn und Schläfen in 50, die Ohren in 30 Fällen. Dagegen scheint Gerber's Annahme, dass auch im Larynx Primäraffekte beobachtet wurden, eine irrige zu sein.

Dass jede der Berührung zugängliche Stelle des menschlichen Körpers die Eingangspforte des syphilitischen Virus zu werden vermag, das kann nicht wunderbar erscheinen, wenn man die Zusammenstellungen aller von den Autoren für das Zustandekommen der syphilitischen Infektionen verantwortlich gemachten Gelegenheiten durchsieht. Bulkley hat in seinem Werke über 100 Übertragungsarten zusammenstellen können. Nun ist freilich kein Zweifel, dass die Angaben der Patienten über die Ursache ihrer Erkrankung — und auf diesen Angaben basieren naturgemäss die ärztlichen Mitteilungen — sehr häufig falsche sind. Zwar hat Fournier darauf hingewiesen, dass wenigstens in Paris, wo der perverse Verkehr sehr verbreitet ist, der „coit anormal" jetzt weit mehr wie früher von den Männern als Ursache ihrer Schanker am und im Munde eingestanden wird. In gleicher Weise ist wohl anzunehmen, dass manche von den auf „zufällige" Infektion (im Abort etc.) zurückgeführten Analsklerosen durch Päderastie herbeigeführt sind. Aber anderseits ist die Zahl der Fälle, in denen eine wirklich zufällige, innocente Übertragung durch die verschiedensten Gegenstände nachgewiesen ist, eine so bedeutende, dass man die Möglichkeit der Syphilisübertragung durch jedes beliebige Objekt zugeben muss.[1]) Kein Infektionsmodus ist unmöglich, ebenso wie kein Beruf gegen die Infektion Schutz gewährt. Den durch Perversität, häufiger durch Zufall erworbenen syphilitischen Primäraffekt beobachtet man nicht selten selbst in wohlsituierten Kreisen, während bei der ärmeren Bevölkerung die ungünstigen äusseren Lebensverhältnisse, das enge räumliche Zusammenleben, die Unreinlichkeit

[1]) Münchheimer.

und die gemeinsame Benutzung von Gerätschaften die gewöhnliche Infektionsquelle bilden.[1]) In der Ausübung ihres Berufes sind vor allem Ärzte, Wärterinnen und Wärter bei ihren Manipulationen an Syphiliskranken der extragenitalen Infektion exponiert. Badediener infizieren sich beim Frottieren mit der Bürste, Hebammen bei der Leitung von Geburten, Ammen werden häufig durch Stillen luetischer Kinder infiziert und infizieren sodann gesunde Kinder. Am häufigsten geschieht jedoch die direkte Übertragung durch Kuss. Wärterinnen infizieren auf diese Art ihre Pfleglinge, Verlobte ihre jungfräulichen Bräute, Söhne und Töchter ihre Eltern. Der direkten Übertragung steht die indirekte gegenüber, bei welcher das syphilitische Gift nicht durch unmittelbare Berührung von Person zu Person übermittelt wird, sondern vermittels eines, das Gift von einem zum andern transportierenden Gegenstandes. Auch diese Art der Übertragung ist gar nicht so selten und wird häufiger beobachtet. Bekannt ist besonders die Infektion der Glasarbeiter, die dadurch erfolgt, dass das Blasrohr von Mund zu Mund wandert. Handwerker infizieren sich durch in den Mund genommene Ösen und Hacken, ganze Familien werden luetisch durch gemeinsamen Gebrauch von Ess- und Trinkgeschirren. Nicht unbedeutend an Zahl sind auch die Fälle, wo eine Infektion stattfand durch gemeinsamen Gebrauch von Zigarren, Zigaretten, Tabakspfeife, Zahnbürste und ähnlichen Gegenständen; Fälle von Infektion durch rituelle Zirkumzision, Rasieren, Zahnextraktion sind nicht ungewöhnlich. Was Tätowierungen als Infektionsmodus betrifft, so kommen diese bei uns weniger in Betracht. Nicht selten sind leider auch die Fälle, in denen ärztliche Instrumente Überträger des Giftes gewesen sind. Das gilt besonders für die Infektion der oberen Luftwege bei Katheterisierung der tuba Eustachii. Als mittelbare Infektionsüberträger werden u. a. noch genannt: Zahnpulver, Servietten, Handtücher, Schwämme, Kopfkissen, Masken, Kinderspielwaren, Bandagen, Sprachrohr, Musikinstrumente, Bleistifte u. a. Aus alledem erhellt, dass

[1]) Neumann, Wiener klin. Wochenschr. 02. Nr. 39.

gerade die mannigfache Entstehung mit das Faktum ist, das der extragenitalen Sklerose diese grosse praktische Bedeutung verleiht, eine Bedeutung in hygienischer und prophylaktischer Richtung. Aus diesem Grunde habe ich mir gestattet, auf diesen Punkt etwas ausführlicher einzugehen. Ich will an dieser Stelle noch erwähnen, dass ich selbst vor kurzem Gelegenheit hatte, einen Fall von extragenitaler Syphilis zu beobachten, der dadurch interessant ist, dass er zugleich ein Bild von Familiensyphilis entwirft. Während meines Koassistententums bei Herrn Prof. Dr. Matterstock hier, hatten wir im November 1904 in Grombühl ein Kind in Behandlung mit einem pustolo-vesikulösem Ausschlag des Kopfes, dessen Natur nicht sofort zu erkennen war. Als nun aber auch die Grossmutter, die das Kind pflegte, denselben Ausschlag bekam, stellte es sich heraus, dass die Mutter des Kindes syphilitisch war, ihr Kind hereditär syphilitisch und von diesem aus endlich die Grossmutter extragenital infiziert worden war. Leider habe ich damals den Fall nicht näher verfolgt und kann daher keine genaueren Angaben machen.

Am Schlusse dieser kurzen Besprechung der extragenitalen Initialsklerose sei es mir gestattet, einige Statistiken darüber anzuführen. Was Frankreich und besonders Russland betrifft, so haben diese Länder dadurch die Aufmerksamkeit auf sich gezogen, dass aus ihnen derartige Berichte vorliegen, dass dieselben einen Begriff geben können von der Häufigkeit der extragenitalen Infektion. Generopitowzeff (Wratsch 1901 Nr. 38) berichtet über die Syphilis im Parafiewki'schen Kreise des Gouvernements Tschernigow. Derselbe besteht aus 6 Dörfern mit 9500 Seelen. Nach genauen Listen des Autors stellte es sich heraus, dass ca. 5% der Bevölkerung syphilitisch war, 66,1% waren hereditär, 17,3% infolge des engen Zusammenlebens, 11,9% auf unbekannte Weise und nur 4,7% auf geschlechtlichem Wege infiziert. Es handelt sich also vorwiegend um Syphilis innocentium. Gibt doch Beloussow an, dass im Gouvernement Rjassu von 2765 Luetikern nur 26,0% durch Coitus infiziert wurden, 5,4% hereditär, 2,2% durch Saugen an luetischen Ammen und 63%

extragenital, schätzt ja derselbe Autor ferner die Zahl der durch Zusammenleben mit Syphilitischen zufällig Infizierten im Gouvernement Kuos auf 78%, fand doch Jebzina unter der Bevölkerung des Krapowischen Kreises, speziell unter den Dorfbewohnern, von 55 syphilitischen Frauen nur 2 durch Coitus infiziert — erschreckend hohe Zahlen, die indessen in den ärmlichen Verhältnissen der betreffenden Provinzen, dem engen Beisammensein der Einwohnerschaft ihre Erklärung finden.[1]) In Moskau konnte Pospelow in 10 Jahren 188 extragenitale Fälle zusammenstellen, Petersen in Petersburg 1,9% extragenitale, Wirpscha in Samora unter 5147 Luetikern 249 extragenital Infizierte (d. s. 4,46%)[2]) Jullien[3]) fand unter 1977 genital 126 extragenital Infizierte, also 5,7%, in Frankreich, während Mauriac 4,3% extragenitale Primäraffekte in Frankreich herausrechnete. Auffallend ist, dass das weibliche Geschlecht häufiger extragenital infiziert wird als das männliche, die Differenz der Prozentsätze ist sogar sehr beträchtlich. Möglich, dass das Weib durch seine Pflichten als Mutter, Amme, Kindermädchen, durch seine Beschäftigung als Wäscherin, puella publica etc. eher einer extragenitalen Infektion ausgesetzt ist.[4]) In der Tat finden wir in der einschlägigen Literatur fast allgemein die Angabe, dass die extragenitale Entstehung der Syphilis bei Frauen viel häufiger beobachtet werde als bei Männern. So beträgt dieselbe nach der Statistik von Jullien unter 2103 Syphilisfällen bei den Männern 3,6%, bei den Frauen 18%, nach Fournier bei Männern 3,8%, bei Frauen 18,9%, nach Düring bei Männern etwa 2%, bei Weibern etwa 8—10% der Fälle.[5]) So könnten noch zahlreiche Statistiken angeführt werden, doch würde das zu weit abführen. Was das Alter angeht, so finden sich Altersstufen vom Neugeborenen bis zu 78 Jahren inkl. in der Literatur verzeichnet. Ivany[6]) hat

[1]) Internationale klin. Rundschau 1892. Neumann.
[2]) Krefting, Arch. f. D. u. S. 40. p. 167.
[3]) Maladies vèner. 1886. p. 528.
[4]) Schnabel, Münchener med. Wochenschr. 04. p. 588.
[5]) Stiebel, Diss. Würzburg 1895. p. 13.
[6]) Monatsh. f. prakt. Dermatologie 35. p. 445.

in einer Statistik von 138 extragenitalen Sklerosen 27 Fälle von Kindern, Haslund[1]) unter 221 Fällen 25 von Kindern unter 15 Jahren zusammengestellt.

B. Allgemeines über die primäre Nasensyphilis.

Wir haben bis dahin von der syphilitischen Primäraffektion im Allgemeinen gesprochen. Dieselbe hat, wie erwähnt, gewisse Prädilektionsstellen, nämlich Lippen, Tonsillen Brust, Finger. An andern Körperstellen kommt der Initialaffekt zwar viel seltener vor, doch sind in gewissem Sinne diese Infektionsstellen gerade die wichtigsten, indem oft die die ersten, unbedeutenden Symptome der Syphilis an so ungewöhnlichen Körperstellen nicht erkannt werden und man so, ohne die geeignete Therapie einzuleiten, das virus seiner verderblichen Wirkung überlässt, ausserdem im Verkehr mit einem auf diese Weise infizierten Individuum nicht die nötige Vorsicht obwalten zu lassen bestrebt ist, was einer Weiterverbreitung natürlich Vorschub leistet. Die Kenntnis solcher Lokalisationsherde ist sowohl in diagnostischer wie in sozialhygienischer Beziehung von so grosser praktischer Bedeutung, dass es sich wohl lohnt, durch immer neue Veröffentlichungen derartiger Fälle an die relative Häufigkeit ihres Vorkommens zu erinnern und die Art und Weise ihrer Übertragung zu kennzeichnen.

Eine solch seltene Lokalisation ist vor allem der Primäraffekt der Nase und Nasenhöhle, bezw. war es, da durch genaue Beobachtung und bessere Untersuchungsmethoden jetzt eine solche Zahl von primärer Nasensyphilis zu diagnostizieren gelungen ist, dass es eine sowohl interessante als dankbare Aufgabe erscheint, die in der Literatur zerstreuten Fälle zu sammeln und tabellarisch zu ordnen. Das soll denn auch der Zweck der folgenden Abhandlung sein. Ausserdem habe ich mich bemüht, das was über Sitz, Entstehung, klinische Erscheinungen und Diagnose der primären Nasensyphilis von

[1]) Hospitalstidende 1889 Nr. 3—5.

den Autoren geschrieben ist, ebenfalls zusammenzutragen und in einiger Ordnung an dieser Stelle wiederzubringen, damit wir ein klares Bild dieser nicht unwichtigen Erkrankung erhalten.

Von den drei Stadien der Syphilis hat man naturgemäss den ersten, den Primäraffekt, in und an der Nase zu allerletzt gesucht und gefunden. Denn zu seiner Erkennung und Differenzierung mussten die Untersuchungsmethoden dieser Körperregion jene Ausbildung erfahren, die ihnen erst in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts zu teil geworden ist. Ferner dürfte ein ebenfalls nicht leicht zu veranschlagender Grund darin zu erblicken sein, dass die Kranken gar keine weitere Beunruhigung fühlen und infolgedessen auch gar keine Veranlassung sehen, die Hilfe des Arztes aufzusuchen; geschieht letzteres aber dennoch, so ist auch von Seiten des konsultierten Arztes eine durchaus gründliche Untersuchung der Nase erforderlich, um die syphilitische Initialsklerose daselbst richtig zu diagnostizieren. Als dritter Grund für die späte Konstatierung des Primäraffekts an der Nase ist noch anzuführen, dass derselbe schon an sich nicht häufig daselbst vorhanden ist.

Der erste in der Literatur beschriebene Fall ist, wie allgemein angenommen wird, der von Marc Carthy 1844 in einer Thèse de Paris mitgeteilte. Doch finde ich an einer andern Stelle der Literatur[1]), dass schon Hoffmann im Jahre 1739 den ersten Primäraffekt der Nase bei einem zwölfjährigen Knaben beobachtet und veröffentlicht hat. Bis zum Jahre 1885 folgen sich nun die Fälle ziemlich vereinzelt, so 1858 Riccord, 1863 Fournier, 1865 Rollet mit drei Fällen, 1875 Nettleship, 1881 Watson und Poncet, 1885 Rasori; von diesem Zeitpunkte an mehrt sich die Zahl der veröffentlichten Fälle bedeutend durch Publikationen von Dupond, Speransky, Moore, Krelling, Cozzolino, Marfan, Gemy, Reboul, Hicguet, Pospelow, Chapuis, Neumann, Gerber, Jakobi u. a.; besonders sind

[1]) Sendziak, Monatsh. f. Ohrenheilkunde 1900 p. 419.

in neuerer Zeit von Bulkley, Münchheimer, Sendziak ausführliche Zusammenstellungen gemacht worden. Dupond hat in seiner Thèse de Bordeaux 1887 im ganzen 6 Fälle von primärer Nasensyphilis beschrieben, Nivet in seiner Thèse de Paris schon 11 Fälle (1887), le Barth in seiner Thèse de Paris 1894 endlich 37 Fälle. Die grösste Statistik neuerer Zeit hat jedoch Bulkley 1892 in seinem Werk Syphilis in the innocent gegeben, wo er unter 9058 Fällen von extragenitaler Syphilis 95 Nasenfälle anführt, eine Statistik, die Münchheimer[1]) 1896 auf 125 ergänzt und erweitert. 1904 endlich hat Moses in seiner Dissertation, Leipzig, 198 Fälle von primärer Nasensyphilis angeführt, die in der Literatur beschrieben sein sollen. Die einzigen näheren Angaben jedoch, die er selbst darüber macht, bestehen — die Detailanführung von ganzen 19 Fällen abgerechnet — darin, dass 132 an der Nase, 12 am Nasenflügel, 2 am Nasenrücken, 2 an der Nasenspitze, 14 am Nasenseptum, 32 an der Nasenschleimhaut, 1 in der Nasenhöhle ihren Sitz hätten. Was sich bei allen Autoren übereinstimmend findet, ist die Hervorhebung der grossen Seltenheit der primären Nasenlues. Gerber[2]) schreibt darüber folgendes: „Über die Primäraffekte der Nase findet sich in älteren Arbeiten überhaupt nichts erwähnt; in neueren meist nur, dass solche an der Nasenspitze und den Nasenflügeln beobachtet sind. Seifert konnte aus der Literatur 27 derartige Fälle sammeln, in der Mehrzahl des Nasenflügels, seltener der Höhlen, am seltensten des Septums. Hierzu gehören die bekannten Fälle von Moure und Heisler. Bei letzterem war die Infektion durch Kuss erfolgt, bei Speransky durch einen Biss, meistens aber war der Finger der Infektionsüberträger; Laurent sah einen Primäraffekt der Nasenwurzel. Ich selbst habe einen Fall gesehen, in dem ich die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Tuberkulose stellen musste, deren sichere Bestätigung ich leider nicht erfahren konnte.“ Für die Seltenheit des Nasenschankers spricht schon der Umstand, dass eine Menge von Syphilido-

[1]) Münchheimer, Arch. f. D. u. S. 40 p. 208.

[2]) Gerber, Dermatolog. Zeitschr. 2. Bd. 1895 p. 3.

logen während ihrer ganzen ärztlichen Tätigkeit nicht einen Fall von Nasenschanker zu Gesicht bekommen haben. So spricht sich mein sehr verehrter Lehrer, Herr Prof. Dr. Seifert[1]) 1893 folgendermassen darüber aus: „Von den oberen Luftwegen wird die Nase und ihre Höhle ziemlich häufig von Syphilis ergriffen, nach der Meinung Bresgens deshalb so oft, weil die Schleimhaut überaus häufig im Zustand chronischer Rhinitis betroffen wird, also in einem Reizzustand, dessen die Syphilis zu ihrer Lokalisation bedarf. Diese vielleicht für die Spätform von Syphilis gültige Anschauung kommt natürlich für die Lokalisation des Primäraffektes nicht in Betracht. Noch im Jahre 1888 betonte Moure die grosse Seltenheit der Initialsklerose an bezw. in der Nase. Als erster sicher konstatierter Fall wird der von Spencer Watson beschriebene angeführt, der von Rasori beobachtete Fall scheint Moure in seiner ersten Publikation entgangen zu sein. In den Lehrbüchern der Rhinologie sowie denen der Syphilis wird des Primäraffektes der Nase kaum Erwähnung getan, damit fällt natürlich auch die Besprechung dieser nicht ganz so seltenen Lokalisation der Syphilis. Ich selbst habe noch niemals einen Primäraffekt an und in der Nase gesehen.“ Die Seltenheit der Affektion dürfte auch aus einigen Statistiken zu ersehen sein. Neumann[2]) hat unter 207 extragenital Infizierten (100 Männer und 107 Weiber) nur 2 Fälle von primärer Nasensyphilis beobachtet. Zabolowsky (Moskau)[3]) unter 139 extragenitalen Sklerosen (62 Männer und 77 Frauen) nur eine einzige Nasensklerose, ja Krefting (Christiana)[4]) hat unter 539 extragenitalen Schankern keinen einzigen Fall mit Sitz an der Nase. Sendziak[5]), der in seiner Statistik unter 3767 Schankern der Nase, Ohren, Nasenrachenhöhle und Mundhöhle — nach Bulkley ist dies mehr als $^1/_3$ aller Fälle von extragenitaler Infektion — 118 Nasen-

[1]) Seifert, Deutsche med. Wochenschr. 1893 Nr. 42 p. 100.
[2]) Neumann, Arch. f. D. u. S. 02. p. 366.
[3]) Zabolowsky, Arch. f. D. u. S. 96. p. 287.
[4]) Krefting, Arch. f. D. u. S. 97. p. 167.
[5]) Sendziak, Monatsh. f. Ohrenheilkunde 1900 p. 419.

sklerosen anführt, findet diese nach der Nationalität folgendermassen verteilt:

Frankreich 55 Fälle.
Russland 13 „
Amerika 11 „
England, Deutschland, Italien, Österreich je 8 Fälle.
Polen 3 Fälle,
Australien 2 „
Holland, Schweden je 1 Fall.

In 43 Fällen ist das Geschlecht angegeben, und zwar überwiegen in dieser Liste die Männer (27 M. gegen 17 W.), eine Tatsache, die für den Primäraffekt der Nase charakteristisch ist.

In 23 Fällen findet sich endlich eine Angabe des Alters, und zwar sind befallen:

Kinder unter 15 Jahren in 3 Fällen,
Leute von 15—30 Jahren in 14 Fällen,
„ „ 30—60 „ „ 6 „

Um nun zu einer genaueren Beschreibung der infolge einer Infektion mit dem syphilitschen virus an und in der Nase entstandenen Initialsklerose überzugehen und dieselbe an der Hand der von der bisherigen Kasuistik gelieferten Fälle zu erörtern, soweit ich mir dieselben habe zugängig machen können, halte ich es für das beste, folgende Reihenfolge einzuschlagen:

1. Sitz der Affektion.
2. Entstehung (Infektionsmodi)
3. Pathologische Anatomie.
4. Klinische Symptome (objektive — subjektive).
5. Verlauf.
6. Differentialdiagnose.
6. Krankengeschichten (zur Erläuterung).

1. Sitz der Affektion.

Um einen Schanker zu erzeugen, bedarf es einer Inokulation des Giftes in eine Haut- oder Schleimhautstelle hinein.

Diese Regel gilt für die Nase wie für jede andere Körperstelle. Dementsprechend kann der Nasenschanker an den mannigfaltigsten Punkten des Organs seinen Sitz haben. Nichtsdestoweniger lässt sich die primäre Nasensyphilis in zwei Klassen einteilen, in die Schanker des äusseren Integuments und die Schanker der Nasenschleimhaut bezw. der Nasenhöhle. — In allen älteren Angaben der Autoren findet sich die Bemerkung, dass die Sklerose der äussern Haut der Nase viel häufiger vorkomme als die Sklerose im Naseninnern. Erst als nach Vervollkommnung der Untersuchungsmethoden eine bessere Untersuchung der Nasenhöhle möglich war, stellte es sich heraus, dass gerade im Gegenteil die Nasenschleimhaut, trotzdem sie äusseren Insulten weniger ausgesetzt erscheint, als das Integument, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von der primären Syphilis befallen wird. Auf der äusseren Haut der Nase findet sich der Initialaffekt meistens am Nasenflügel, ferner an der Nasenspitze, auf dem Nasenrücken, an der Nasenwurzel, ja einige Schanker der Nasolabialfalte sind beschrieben. Diese Schanker entstehen in der Regel durch Trauma oder direkten Kontakt mit dem syphilitischen Geschwür. Bei dem Schanker der Nasenschleimhaut geschieht die Infektion am meisten durch Zwischenträger (Finger, Instrumente u. a.); so ist es denn zu verstehen, dass an Stellen im Naseninnern, die nur mit Schwierigkeit von aussen zu erreichen, bezw. gar nicht zu sehen sind, Sklerosen sich entwickeln können. Verhältnismässig recht häufig sind naturgemäss die Primäraffektionen des Naseneingangs, was dadurch zu erklären ist, dass diese Stelle am meisten Insulten aller Art ausgesetzt ist. Der Sitz des Schankers ist dann gewöhnlich direkt am Eingang der Nasenhöhle, auf der inneren Bekleidung des Nasenlochs, an der inneren Seite eines Nasenflügels oder sonst einer Stelle der unteren Schleimhautpartie, die dem direkten Blick leicht zugänglich ist. Noch häufiger findet sich jedoch die Sklerose am Septum der Nase, meist einerseits, zuweilen symmetrisch beiderseits. Als Prädilektionsstelle ist die untere Partie (das „Sous-cloison“) zu nennen, ferner die Cartilago quadrangularis, doch sind auch Fälle von

recht hochgelegenen Septumsklerosen nicht unbekannt. Schanker der unteren Muschel waren früher überhaupt nicht beobachtet, erst in den letzten Jahren sind einige in der Literatur beschrieben worden. Wohl einzig dastehend ist die Lokalisation an der mittleren Muschel in dem Fall von Jakobi aus Gerbers Ambulatorium. Das Orificium posterior bezw. die Choanen sollen nach Dupond (p. 14) trotz der Lage im Nasenrachenraum häufiger den Sitz der Sklerose abgeben, als man zu glauben geneigt wäre. Als Infektionsmodus kommt für derartige Fälle ausschliesslich die Übertragung durch ungenügend desinfizierte Tubenkatheter in Betracht. Eine Unzahl von Infektionen durch dieses Instrument findet sich in der Literatur verzeichnet, Ebner (p. 39) nennt nicht weniger als 24 Fälle, Bulkley (p. 234) sogar 42 Einzelfälle und (p. 211) vier Epidemien. Aber in fast allen diesen Angaben sind nicht die Choanen, sondern der Nasenrachenraum, die Tubenmündung oder gar die Tonsillen von der Affektion ergriffen. Die paar Fälle, wo angeblich die Nase Sitz der Affektion ist, sind von zweifelhafter diagnostischer Bedeutung. Doch habe ich sie der Vollständigkeit wegen in meine Tabelle aufgenommen. Alles in allem ist die Frequenz der verschiedenen Lokalisationen nach meiner Zusammenstellung folgende:

Nasenwurzel 6 Fälle, Nasenrücken 6, Nasenspitze 13, Nasenflügel 37, Nasenfiltrum 3, Nasolabialfalte 4, Naseneingang 34, Nasenseptum 35, Untere Muschel 2, Mittlere 1 Fall, Choanen 2 Fälle, Nasenhöhle (ohne Näheres) 18, Nase (o. N.) 64 Fälle.

Gewöhnlich kommt der Primäraffekt der Nase in der Einzahl vor. Ausnahmen machen jedoch folgende Fälle:

1. 2 symmetrische Sklerosen der Nasenlöcher (Fall 91).
2. 2 P.-A. rechts und links am Septum (F. 145).
3. Nasenfiltr. u. Nasenloch gleichzeitig (83).
4. Nasenhöhle u. Nasenflügel „ (60).
5. Nasenflügel u. Nasolabialfalte gleichzeitig (46).
6. Nasolabialfalte u. Nase gleichzeitig (182).

Ferner kommt die Sklerose der Nase nicht so selten multipel mit Sklerosen an andern Körperstellen vor; ich habe

in meiner Arbeit 7 solcher Fälle gefunden, die sich folgendermassen verteilen:

1. Nasenhöhle und Konjunktiva gleichzeitig (151).
2, Nase und Oberlippe (223).
3. Nasenflügel, Oberlippe (34).
4.—5. Nasenspitze, Oberlippe, Kinn (30; 17).
6. Nasenloch, Rachenhöhle (89). Endlich gar
7. Septum, Oberlippe, Stirn, Kopf, rechte Hüfte, linke Lende, linkes Bein gleichzeitig (132).

Schliesslich ist noch der Fall von Jullien (8) zu ererwähnen, wo gleichzeitig eine genitale und 2 extragenitale Sklerosen, nämlich an der Nasenspitze und am Nasenrücken, bestanden.

2. Entstehung.

Die erste Bedingung für die Entstehung eines Schankers ist entweder der direkte Kontakt mit dem Syphilisvirus oder die Übertragungen desselben durch einen damit behafteten Gegenstand. Eine andere Möglichkeit gibt es nicht. Die näheren Umstände nun, in denen bei der Nase diese Bedingungen erfüllt sein können, sind ebenso zahlreich wie mannigfaltig. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist es übrigens unmöglich, den Modus der Infektion mit Sicherheit festzustellen, weil die Patienten sich meist zufällig infiziert haben und keine Ahnung haben, wo eigentlich die Infektion stattgefunden haben könnte. In der Regel sind die Finger Überträger der Infektion, indem die Patienten mit ihren Fingern, mit denen sie vielleicht zuvor an den Genitalien eines syphilitischen Weibes manipuliert haben, in der Nase bohren und sich so das Gift in eine zufällige Schleimhautwunde selber einimpfen. Dieser Infektion sind namentlich Ärzte ausgesetzt, wenn sie nach gynäkologischen Untersuchungen die Finger nicht genügend reinigen und zufällig die schlechte Angewohnheit haben, die Finger in die Nase zu stecken. Auch durch Anniesen und Anhusten kann das virus in ausgeschleuderten Wassertröpfchen auf die Nase gelangen,

irgend eine Eingangspforte finden und so eine Infektion bewirken.[1]) D'Aulnay u. a. beschreiben Fälle, wo durch perversen Geschlechtsverkehr (coitus per os) neben Mundsklerosen auch Initialaffektionen an der Nase auftreten können. Nicht selten kommt es vor, dass durch einen Biss in die Nase, ja sogar durch einen Faustschlag auf die Nase ein Primäraffekt des Integuments hervorgerufen wird. Weiter sind hier die Übertragungen zu erwähnen, die durch Anwendung nicht gereinigter chirurgischer Instrumente nach vorherigem Gebrauch bei syphilitischen Personen zustande gekommen sind. Insbesondere sind durch Sondieren und Katheterisieren der tuba Eustachii leider häufig Übertragungen beobachtet worden. Ein anderer Infektionsmodus ist der von Weil mitgeteilte, wo ein neugeborenes Kind dadurch seinen Primäraffekt an der Nasenwurzel acquirierte, dass es bei der Geburt mit diesem Körperteil mit den syphilitischen Papeln an der mütterlichen vulva längere Zeit in innigste Berührung gekommen war. Wärterinnen und Ammen infizieren sich bei der Pflege syphilitischer Kinder, wobei wahrscheinlich die Finger die Überträger des Giftes bilden. In vereinzelten Fällen sollen gemeinsam benutzte Taschentücher, Handtücher und ähnliches die Infektion zustande gebracht haben. Unter 118 Sklerosen der Nase fand Sendziak[2]) den Infektionsmodus 20 mal notiert, und zwar war in 6 Fällen Stochern mit unreinem Finger in der Nase die Ursache, in 4 Fällen Biss in die Nase, in 3 Fällen gemeinsame Benutzung von Taschentüchern, in je 2 Fällen Stoss auf die Nase und gemeinsamer Gebrauch von Schnupfpulver und endlich in je einem Fall Kuss, Bestreichen mit Speichel von Syphilitischen, Niesen ins Gesicht durch Syphilitischen. Der Schnupftabak als Träger der Infektion kann allein zu einem recht hohen Sitz der Sklerose Veranlassung geben, z. B. an der mittleren Muschel, wie es von Jakobi beobachtet wurde.

In meiner eignen Tabelle findet sich in 71 Fällen der Infektionsmodus angegeben, und zwar entstand der Primäraffekt:

[1]) Neumann, Wien. klin. Wochenschr. 02. Nr. 39.

[2]) Monatsh. f. Ohrenheilk. 1900, p. 419.

1. Durch den Finger als Überträger in 13 Fällen wovon 2mal bei Ärzten nach Vaginal-Untersuchung).
2. Durch Kratzen in 10 „
3. Durch Pflegen syphilitischer Kinder und Spielen mit ihnen in 7 „
4. Durch Biss in die Nase in 6 „
5. Durch Perversität, Katheterisation der tuba Eustachii, Schnupftabak, sekundär syphilitisches Individuum in je 3 „
6. Durch syphilitische Mutter bei der Geburt, Handtuch, Taschentuch, Fremdkörper in der Nase, Kuss, syphilitisches Familienmitglied (Frau u. a.) in je 2 „
   endlich
7. Durch Faustschlag auf die Nase, Schlag mit Schlüssel, Bleistift, Rasieren, Bestreichen mit Speichel, Krankenpflege, syphilitische Mutter, Niesen ins Gesicht, gemeinsame Benutzung eines Gegenstandes, Fruchtwasser eines syphilitischen Kindes, Wäsche eines Syphilitikers in je 1 Fall.

3. Pathologische Anatomie.

Ich will jetzt auf die Beschreibung des Schankers der Nase zu sprechen kommen und zunächst mit der Anatomie desselben beginnen. Das makroskopische Aussehen des Primäraffekts werde ich erst im nächsten Abschnitt eingehend behandeln und hier nur einiges Wenige über das mikroskopische Bild berichten., wie wir es bei der Untersuchung der Primärinduration vorfinden. Es ist dort nämlich in der Cutis oder Schleimhaut eine zahlreiche Menge von kernhaltigen Zellen zwischen den normal aussehenden Bindegewebsbündeln vorhanden, und zwar findet man diese Zellen besonders zahlreich in der Adventitia der Gefässe vor. Die Lumina der Gefässe sind durch eine Verdickung der Media und Wucherung der

Intima (Endarteritis syphilitica) stark verengt, ohne jedoch gänzlich verschlossen zu sein. Diese infolge der Gefässveränderungen eintretende Anämie der mit der Affektion behafteten Stelle darf man wohl neben der gleichzeitig vorhandenen Infiltration des übrigen Gewebes als Ursache dafür ansehen, dass die Epithellage des Primäraffekts immer dünner wird und es so, indem sich das Stratum corneum nicht mehr in genügendem Masse zu regenerieren vermag, zum gänzlichen Zerfall des über der Affektion gelegenen Epithels und zur Geschwürsbildung kommt.

Die Härte, welche wir nun am Grunde und Rande des Geschwürs vorfinden, wird auf verschiedene Weise zu erklären versucht. Auspitz nimmt an, dass diese Härte auf einer amorphen Substanz beruht, welche zwischen den Zellen eingelagert ist. Verson und Biesiadecki haben jedoch eine wirkliche Neubildung von Bindegewebe aus den infiltrierten Zellen nachgewiesen, ein Vorgang, der wohl ebenfalls zur Entstehung der Verhärtung beitragen dürfte. Andere haben schliesslich noch angenommen, dass diese Verhärtung ihren Grund in der Veränderung der Gefässe habe. Welche dieser Ansichten die allein richtige ist, dürfte wohl schwer zu entscheiden sein; jedenfalls darf man es jedoch nicht als ausgeschlossen betrachten, dass durch ein Zusammenwirken mehrerer der angeführten Ursachen die Verhärtung des syphilitischen Primäraffekts zustande kommen kann (vgl. Ebner, pag. 10.).

4. Klinische Symptome.

Während die anatomische Beschaffenheit der primären Nasensklerose in der Regel überall im Wesentlichen die gleiche ist, ist der Symptomenkomplex kein einheitlicher. Eine Erkrankung des äussern Integuments der Nase muss notwendigerweise ein ganz anderes klinisches Bild bieten, als ein Befallensein der Schleimhaut im Innern der Nase. Was zunächst den Schanker auf der äusseren Haut der Nase angeht, so ist das erste, was dabei auffällt, die manchmal enorme Schwellung, die sich zuweilen bis auf die angrenzenden Partieen des Ge-

sichts erstrecken kann. Der entzündete Bezirk der Nase ist in der Regel violett verfärbt. Dieser Bezirk ist einmal glatt und eben, ein andermal dagegen ganz unregelmässig und mit einer Unzahl von akneformen Knötchen wie bespickt. Die Schwellung zeigt an ihrer Spitze eine Ulceration, die sich in der Mehrzahl der Fälle aus einer einfachen Geschwulst in Knopfform entwickelt hat, der die Patienten im Anfang gar keine Bedeutung beigemessen haben. Die Ulceration ist meist mit einer gelben, mehr oder weniger in die Tiefe gehenden, manchmal bräunlicher Kruste bedeckt, deren Ausdehnung zwischen der Grösse eines $^1/_2$—2 Markstückes schwankt.

Im übrigen ist die Umgebung der Haut gesund und nicht geschwollen; dieses Aussehen, das für den Primäraffekt der Nase einigermassen charakteristisch ist, hat ihm den Namen ulcus elevatum gegeben.

In der Tat bieten die Schanker des Nasenflügels und der Nasenspitze meistens das Aussehen eines wirklichen ulcerierten Tumors, während der Schanker des Nasenrückens eine mehr abgeplattete Form hat. Nach Entfernung der Krusten findet man eine Ulceration, deren Aussehen begreiflicherweise recht mannigfaltig ist, die sich aber kaum von dem Bilde unterscheidet, das die syphilitischen Primärgeschwüre an den Genitalien zu bieten pflegen. Die Ränder sind niemals scharf abgegrenzt, die Ulceration ist von einem roten, mehr oder weniger tief indurierten Hof umgeben, die Basis ist bald weisslich belegt, bald mit kleinen, punktförmigen Ekchymosen wie besprenkelt, bald — und das in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle — liegt das rohe Fleisch bloss. In andern Fällen zerfällt die Basis in eine oder mehrere sklerotische Zonen. Oder sie ist gelblich-graulich belegt und sezerniert eine jauchische, schmierige, fade riechende Flüssigkeit.

Die Lymphdrüsen sind in der Regel indolent geschwollen. Am meisten sind noch die Submaxillardrüsen ergriffen, die dann ganz enorme Dimensionen annehmen können. In manchen Fällen hat man beim Betasten das Gefühl des Rosenkranzes,

ähnlich wie in der Leistengegend. Doch ist dieses Symptom nicht konstant. Die präaurikulären Drüsen sind ebenfalls nicht selten Sitz der Entzündung, und man versäume daher nie, in zweifelhaften Fällen daraufhin zu untersuchen. Denn diese Adenopathie ist, wenn sie auch nicht konstant ist, ein wertvoller Punkt für die Differentialdiagnose (Le Bart p. 27).

Greift die Entzündung auch auf den Naseneingang über, dann ist die Nase gewöhnlich deformiert, die Atmung des Patienten durch das betreffende Nasenloch einigermassen erschwert. Die Deformation verschwindet jedoch in der Regel nach Abheilung des Schankers, ohne gröbere Spuren zurückzulassen.

Während der Schanker des Integuments fast immer ohne bemerkenswerte Funktionsstörung einhergeht, ist das nicht der Fall bei den Sklerosen im Naseninnern. Die Anfangserscheinungen äussern sich meistens in so geringen Symptomen, dass der Schanker vom Patienten gar nicht beobachtet wird. Erst wenn die Erkrankung ein voluminöses Stadium erreicht hat, führt sie ihn dazu, die Hilfe des Arztes aufzusuchen. Und zwar sind es bald die auftretenden Sekundärerscheinungen, bald die neuralgischen Schmerzen, und eine abnorme Sekretion oder Blutungen aus der Nase, die den Kranken zum Arzt führen. In dieser Periode kann sich der Schanker schon unter den verschiedensten Gesichtspunkten präsentieren.

Sitzt er am Septum des Naseneingangs, so ist er ohne Zuhilfenahme des Nasenspekulums erkennbar. Man findet einen Tumor, der fast den ganzen Naseneingang ausfüllt, ohne jedoch die Nase zu deformieren. Der Tumor hat eine blassrote Farbe und zeigt an seiner Spitze eine Ulceration, deren Konturen jedoch nicht immer leicht erkennbar sind. (Fall Gemy).

Sitzt der Schanker weiter im Innern, so bemerkt man eine leichte Schwellung bis zum Nasenloch herunter, verbunden mit schwacher Rötung der äusseren Haut der Nase (Fall Marfan). In einem solchen Fall ist die Untersuchung mit dem Nasenspiegel unerlässlich, wenn man anders die Affektion richtig diagnostizieren will. Man findet dann einen grau-

weisslich belegten, pilzförmigen, ulcerierten Tumor, der bei Berührung leicht blutet. Solche Schanker können anfangs wie ein einfaches gutartiges Geschwür aussehen, werden aber doch bald wegen der Induration des Grundes und wegen der manchmal als ulcus elevatum in Knopfform auftretenden Gestalt, wegen Auftreibung der Nase auf den besonderen Charakter des Geschwürs aufmerksam machen müssen.[1]) Die Grösse der Geschwulst schwankt zwischen Kleinerbsen- und Haselnussgrösse, doch kann sie auch so enorm werden, dass das ganze Lumen der betr. Nasenhälfte obturiert wird. In einem solchen Falle findet Rosenquist[2]) folgenden Lokalbefund: Schwellung der unteren Muschel und des Septums. Im vorderen unteren Teil des letzteren sitzt ein etwa erbsengrosses, leicht vertieftes, tellerförmiges, mit glatten Rändern versehenes, mit blutig intingiertem Eiter bedecktes Geschwür von fleischroter Farbe. Das Lumen der betr. Nasenhöhle ist infolge der intensiven Schwellung so weit verengt, dass man mit einer Metallsonde nur mit Mühe hindurchkommt.

Untersucht man eine solche Geschwulst durch direktes Betasten mit dem kleinen Finger, so hat man das Gefühl knorpelharter Infiltration an der Basis der Ulceration, manchmal auch das Gefühl von abwechselnd harten und weichen Stellen. Durch die Geschwulst ist in der Regel das Septum buckelförmig vorgewölbt und zeigt zahlreiche Fissuren, die bei Berührung und auch spontan leicht bluten (Biek).

Die Induration ist einer der wichtigsten Punkte für die Diagnostik, sie kann jedoch fehlen oder so schwach sein, dass das knorpelige Gefühl nicht hervorgerufen wird. Einen derartigen Fall beschreibt Morel-Lavallée: „Bei der Untersuchung des Naseneingangs mit dem Spekulum sieht man links eine Erosion ohne deutliche Grenzen und Ränder, mit einem grauweisslichen Belag, der an einigen Stellen leicht blutig intingiert ist; dagegen ist es unmöglich, irgend ein Gefühl der Induration bei der Einführung des Fingers zu

[1]) Seifert, Deutsche med. Wochenschr. 1893, S. 1010.
[2]) Dermatolog. Centralblatt, 1899, p. 337.

verspüren.“ Die ausgesprochene Induration findet sich übrigens nur bei Erwachsenen, während es bei Kindern gewöhnlich nur zur Bildung von Schleimhautpapeln kommt. (Seifert).

In keinem Falle von intranasaler Initialsklerose fehlt die Schwellung der regionären Lymphdrüsen, besonders der Submaxillardrüsen und zwar ist sie im Gegensatz zu den übrigen syphilitischen Adenopathien nicht selten schmerzhaft. (Bazénerye, p. 15.) Ein bemerkenswertes Symptom ist übrigens der starke Haarausfall, der in manchen Fällen beobachtet wird. (Fall Gemy u. a.)

Neben diesen oft schweren objektiven Symptomen sind die subjektiven meist gering; es giebt Fälle (Marfan), wo den Kranken ihr Leiden gar nicht zu Bewusstsein kam. In andern Fällen besteht nur leichtes Brennen, Jucken und Reiz zu häufigem Schnäuzen, Schnupfen, Unruhe und Schnarchen während des Schlafes (Brunon). Ein einfacher subakuter Nasenkatarrh bei kleinen Kindern kann syphilitischen Ursprungs sein.[1]). Doch giebt es auch eine recht grosse Anzahl von Fällen, wo durch Schanker im Naseninnern recht beträchtliche Funktionsstörungen hervorgerufen wurden. Wie oben bemerkt, führen den Kranken zuweilen gerade die neuralgischen Beschwerden erst zum Arzt. Diese Schmerzen sind oft äusserst lebhaft, sitzen in der Stirngegend oberhalb der Augen und Schläfen, strahlen aber auch über den ganzen Kopf aus, vorzüglich auf der erkrankten Seite. Sie können so heftig werden, dass sie dem Patienten den Schlaf rauben und förmliche Tobsuchtsanfälle hervorrufen. (Fall d'Aulnay). Sehr lästig ist die zuweilen auftretende jauchisch zersetzte Sekretion aus der Nase, die infolge des konstanten Reizes eine pseudo-vesiculöse Eruption am Naseneingang hervorrufen kann (Gemy).

Die Nasenatmung ist mit seltenen Ausnahmen gestört, es besteht das Gefühl des Stockschnupfens; dementsprechend ist die Sprache nasal. Fieber, Schmerzen in der Nase und

---

[1]) Vanghan, Arch. f. D. u. S. 50 (1899), p. 314.

schwere Störungen des Allgemeinbefindens finden sich in ausgesprochenen Fällen nicht sehr selten. (Spencer Watson).

Sitzt der Schanker noch tiefer im Innern, in der Gegend der Choanen bezw. des Orificium posterior mit Ergriffensein der tuba Eustachii, so kann der vollständige Symptomenkomplex eines akuten Mittelohrkatarrhs auftreten, ja Taubheit entstehen.

Jullien beschreibt einen Fall von „Primäraffekt" des Septums mit Ausgang in eine Perforation des letzteren. Da solche Perforationen nicht in der Natur der Sklerose liegen, so bin ich auch der Ansicht Dupond's, dass in dem Falle vielleicht eine andere Erkrankung vorgelegen haben muss, wahrscheinlich ein ulceriertes Gumma, für das ja die Perforation so charakteristisch ist. Netleship endlich veröffentlicht einen Fall, wo ein Abscess des Thränensackes infolge der kompleten Nasenverstopfung eintrat, die ihrerseits wiederum durch das enorme Volumen des syphilitischen Tumors bedingt war. In manchen Fällen gar kann der Schanker der Nasenschleimhaut den Eindruck eines Erysipels machen, indem die Ulceration von einem stark geröteten und geschwollenen Hof umgeben ist. (Thibierge).

So präsentiert sich denn der syphilitische Primäraffekt der Nase in den mannigfachsten Formen und Symptomenkomplexen, welch letztere oft je nach dem Sitz und je nach der Individualität des Trägers ganz verschiedenartig sein können. Ich habe mich in Vorhergehendem bemüht, wenigstens die wichtigsten Typen kurz zu streifen. Im übrigen muss ich auf die knappen Angaben in meiner Tabelle verweisen, die ich jedesmal, soweit es angängig war, beigefügt habe. In der gleichen Absicht habe ich in einem späteren Abschnitt die Krankengeschichten einiger geradezu „klassischen" Fälle ausführlich mitgeteilt.

5. Verlauf.

Während, wie wir gesehen haben, die Symptomenkomplexe der primären Nasensyphilis ziemlich charakteristisch für dieselbe sind, ist über den Verlauf derselben kaum etwas

zu nennen, was ihn von dem anderer extragenitaler Sklerosen unterscheiden könnte. Inkubation und Prodromalstadium sind genau dieselben wie bei der genitalen Infektion. Die Erscheinungen beim Auftreten der Initialsklerose sind etwas schwerer als am Genitale, wie dies ja bei der Lokalisation an den oberen Luftwegen wegen Behinderung der Atmung und anderen Gründen begreiflich ist. Doch tritt jederzeit bei Einleitung einer spezifischen Kur ein Rückgang selbst der schwersten Symptome ein. Die sekundären Erscheinungen sollen wie überhaupt bei der extragenitalen Infektion etwas heftiger, die Eruptionen etwas stärker sein, doch dürfte im Auftreten tertiärer Erscheinungen ein Unterschied mit der genitalen Infektion nicht obwalten. Die Prognose der primären Nasensyphilis ist also genau so wie die der extragenitalen Infektion überhaupt, deren Besprechung ich am Schluss meiner Arbeit ein besonderes Kapitel reserviert habe.

6. Differentialdiagnose.

Die Diagnose des Schankers der äusseren Nase hat in der Regel keine grösseren Schwierigkeiten, doch können Verwechslungen mit Rhinosklerom, Lupus und ähnlichen Affektionen vorkommen, bezw. kann die Differentialdiagnose in solchen Fällen einige Schwierigkeiten machen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle existiert jedoch ein bestimmter Symptomenkomplex, der es ermöglicht, den Primäraffekt der äusseren Nase als solchen mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit zu diagnostizieren. Die Induration, die Verfärbung, die Ulkeration und — last not least — die indolente, manchmal auch schmerzhafte, Adenopathie am Hals und vor dem Ohr sind charakteristische Symptome, die in einigermassen ausgesprochenen Fällen niemals fehlen und eine Diagnose ermöglichen, auch wenn Sekundärerscheinungen noch nicht vorhanden sind und die Anamnese im Stiche lässt. Das ulcerierte Gumma könnte unter gewissen Umständen mit dem Schanker verwechselt werden, doch führt in solchen Fällen die Anamnese, das Fehlen der Drüsen-

schwellungen, der rasche Zerfall des Tumors meist auf den richtigen Weg. Verwechselungen mit malignen Tumoren (Karzinom, Gangroiden u. ä.) werden durch mikroskopische Untersuchung kleinster excidierter Teilchen leicht vermieden. (Bazénerye, p. 18.)

So leicht die Diagnose des Schankers der äusseren Nase in der Regel ist, so schwierig, ja oft unmöglich ist es, ihn zu erkennen, wenn er an der hinteren Nasenmündung, den Choanen seinen Sitz hat. Erst der Ausbruch der Sekundärerscheinungen führt den Kranken zum Arzt. Wenn nun ein Patient mit den deutlichsten Manifestationen der sekundären Syphilis am Körper, ohne dass es möglich ist, irgendwo die geringste Spur eines Primäraffekts zu entdecken, über starke Verstopfung der Nase klagt, wenn die Sprache nasal klingt, dann versäume man es nie, auch die rhineskopia posterior auszuführen. Nicht selten dürfte dann die kleine Mühe sich dadurch lohnen, dass man auf diese Weise den Sitz der Sklerose an den Choanen (oder auch einer anderen Stelle des Nasenrachenraums) entdeckt, der auf anderem Wege nicht hätte diagnostiziert werden können. (Dupond, p. 25.) Viele Fälle von Syphilis d'Emblée dürften auf diese Art ihre Aufklärung finden, wie überhaupt die Zahl derartiger Fälle seit Vervollkommnung der Untersuchungsmethoden der oberen Luftwege eine merklich geringere geworden ist.

Viel wichtiger und von praktisch grösster Bedeutung ist die Differentialdiagnose der primären Syphilis auf der Nasenschleimhaut, bezw. in der Nasenhöhle. Hier stösst in sehr vielen Fällen die Diagnose auf die denkbar grössten Schwierigkeiten. Wenn der Primäraffekt, wie es in der Regel der Fall ist, eine geschwulstartige Form annimmt, kann leicht ein maligner Tumor (Krebs, Epitheliom, Sarkom etc., vorgetäuscht werden, Verwechselungen mit Tuberkulose und Lupus, aber auch mit harmlosen Granulationstumoren, mit entzündlichen Fibromen können vorkommen, vielleicht auch mit Lepra und Rotz.[1]) Letztere will ich übrigens ganz aus dem Rahmen

[1]) Kuttner, Archiv f. Laryngol. 1897, p. 277.

meiner Betrachtung fortlassen, weil sie denn doch zwei gewiss recht seltene Möglichkeiten repräsentieren.

Zu berücksichtigen ist auch das Ekzema impetiginosum, das sich so oft in den Nasenlöchern skrophulöser Kinder vorfindet. Es unterscheidet sich vom Schanker dadurch, dass es meist symmetrisch in beiden Nasenlöchern sitzt, während der Primäraffekt sich in der Regel nur auf das eine beschränkt (doch vgl. die Fälle von Eudlitz und Mendel). Ferner erstreckt sich das Ekzem meist bis zur Oberlippe, zur äusseren Fläche des Nasenflügels und bis zu den Wangen. Man erkennt es an seiner Schmerzlosigkeit, an seinen gelbbraunen, rissigen Krusten, an den regelmässig geformten Ulcerationen, die so leicht bei Berührung bluten und vor allem an seinem chronischen Verlauf. Unter den Krusten findet sich eine einfache Verdickung der Haut, aber keine wirkliche Induration wie beim Schanker. (Brunon, p. 68.)

Entscheidend für unsere Diagnose des Primäraffektes ist zuvörderst die Anamnese und die Untersuchung des ganzen Körpers. Von Wichtigkeit ist ferner das Verhalten der Lymphdrüsen. Die Anatomie lehrt, dass die Lymphdrüsen der Nase namentlich zu den Unterkieferdrüsen Beziehung haben, manchmal auch vielleicht zur Parotis. Dementsprechend findet man die der erkrankten Seite entsprechenden Submaxillardrüsen (nach Schirjaew die Sublingualdrüsen) und die am Ohr gelegenen Lymphdrüsen indolent oder schmerzhaft geschwollen.

Der klinische Lokalbefund wird nun des weiteren ergänzt durch die mikroskopische Untersuchung, die uns wichtige Anhaltspunkte zur Sichtung der Diagnose bietet. Sarkom und entzündliches Fibrom, die klinisch gewiss oft genug von dem syphilitischen Tumor oft gar nicht zu unterscheiden sind, werden unter dem Mikroskop meist schnell erkannt. Zudem kommt das Sarkom erst nach so langer Bestandzeit zur Ulceration und erst nachdem es ein so beträchtliches Volumen erreicht hat, wie es beim Primäraffekt gar nicht vorkommt. Auch ist das ulcerierte Sarkom von stärksten Deformationen

des Septums und der Nase begleitet, wie sie in dem Grade beim Schanker ebenfalls nicht beobachtet werden (Brunon p. 68).

Von Wichtigkeit ist die Unterscheidung des Schankers vom Karzinom, eine Aufgabe, die oft recht schwierig ist. Die Anamnese jedoch, sowie andere Symptome von Syphilis an der Haut und den Schleimhäuten, der Allgemeinzustand (gut — im Falle von Syphilis), Alter (vorgerücktes — bei Krebs), endlich selbst das Aussehen des Geschwürs (unterminierte Ränder, indurierte Basis — bei Schanker), sowie der Verlauf des Leidens (schneller — bei Syphilis) erleichtern die Diagnose, obgleich nicht immer. Dann bleibt es uns überlassen, die sogenannte Methode „ex juvantibus et nocentibus" sowie die Untersuchung eines exzidierten Stückchens aus der Basis und den Rändern der Ulceration unter dem Mikroskop zu verwerten.[1])

Am schwierigsten gestaltet sich jedoch die Unterscheidung zwischen primärer Syphilis und Tuberkulose oder Lupus der Nase. Für die Erkennung zweifelhafter Fälle gibt Ebner (p. 12) folgendes Schema: Die Prädilektionsstelle des Sitzes der Tuberkulose ist in der Regel das Septum: die Geschwüre haben meistens einen ausgesprochen granulös-papillomatösen Charakter, sie sind flach und weich und ziehen meist weitere Partieen der Nasenschleimhaut in Mitleidenschaft Ihr längeres Bestehen, die nicht so regelmässige und ausgesprochene Adenitis, begleitende andere Erscheinungen in den oberen Luftwegen oder Lungen, der histologische, sowie der bakteriologische Befund sichern hier meist die Differentialdiagnose.

Das klingt sehr einfach in der Theorie, versagt aber oft vollständig in der Praxis. Kuttner[2]) z. B. schreibt über die Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Schanker der Nase folgendes: „Der Lokalbefund der Nase als solcher bietet keine ausreichende Sicherheit für eine Unterscheidung beider Erkrankungen. Allerdings nahm man bisher an, dass tuberkulöse Tumoren fast ausschliesslich am Septum zu sitzen pflegen. Aber es wäre falsch, wollte man hieraus den Schluss

[1]) Sendziak, Monatsh. f. Ohrenheilkunde 1900 p. 419.

[2]) Archiv für Laryngologie 1897, p. 277.

ziehen, dass nun ein tumor, der an irgend einer anderen Stelle, z. B. der Muschelschleimhaut entspringt, nicht tuberkulöser Natur sein könnte. Ich selbst sah ein Tuberkulom, dessen Natur durch Befund zahlreicher T. B. über jeden Zweifel sichergestellt wurde, von der mittleren Muschel entspringen. Dass der Sitz des tumors am vordersten Teil des Septums von gar keiner charakteristischen Bedeutung ist, liegt nach dem Gesagten auf der Hand. Denn nicht nur tuberkulöse, und syphilitische Tumoren haben hier ihre Prädilektionstelle, sondern auch des öfteren ganz harmlose Granulationstumoren, über deren Ätiologie wir nichts wissen, deren Bedeutungslosigkeit aber durch ihren ganzen Verlauf erwiesen wird. Ich selbst habe derartige Geschwülste wiederholt gesehen.

Was die Unterscheidung von der Tuberkulose ausser der Ähnlichkeit des makroskopischen Aussehens ferner so schwer macht, ist vor allem auch die Übereinstimmung des mikroskopischen Befundes. Die Erkennung der tuberkulösen Tumoren, würde nämlich ohne Schwierigkeit sein, wenn man, wie man doch annehmen sollte, darauf rechnen könnte, jedesmal Tuberkelbazillen im Gewebe der Geschwulst zu finden. Bedauerlicher Weise sind aber nach übereinstimmenden Aussagen aller Beobachter in sehr vielen derartigen Tumoren gar keine T. B. nachzuweisen. Einen weiteren Anhaltspunkt dürfte es geben, wenn es gelingt, unzweifelhafte Tuberkel mit zentraler Verkäsung nachzuweisen. Aber auch diese fehlen oft, oder sind nicht so ausgeprägt, dass sie mit Sicherheit von ähnlichen Bildern, wie sie nichttuberkulöse Granulationstumoren zu bieten pflegen, unterschieden werden können. Dann würde eine ausgebreitete, an vielen Stellen wiederkehrende Verdickung der Gefässwände und bindegewebige Schwielenbildung mit Wahrscheinlichkeit für Lues sprechen, — aber auch nur mit Wahrscheinlichkeit und keineswegs mit Sicherheit. Denn es ist bekannt, dass auch im tuberkulösen Gewebe derartige Veränderungen sich finden, wenn sie freilich auch bei Tuberkulose für gewöhnlich nicht solch hohen Entwickelungsgrad wie bei der Lues erreichen (Kuttner, s. o.). Das mikroskopische Bild gibt uns also höchstens eine Wahrschein-

lichkeits-, aber nicht den geringsten Anhaltspunkt für eine sichere, unzweifelhafte Diagnose auf Syphilis. Es bleibt also, da wir uns auf das Mikroskop, das sonst zur Bestimmung der Natur der Geschwülste so unschätzbare Dienste leistet, in diesem Falle nicht verlassen können, nichts übrig, als die klinischen Erscheinungen zur Diagnose zu Hilfe zu nehmen.

Ein Freisein der Lungen kann nicht als mit Sicherheit für die Diagnose Syphilis verwertet werden, da ja bekanntermassen die Tuberkulome als primäre Äusserung der Tuberkulose in der Nase auftreten können. Und schliesslich liegt die allein sichere Entscheidung in dem positiven Ausfall einer antisiphilitischen Probekur, die für die Diagnose Syphilis beweisend ist.[1]) Kuttner schlägt noch vor, ausserdem, wenn alle andern Möglichkeiten erschöpft sind, eine Probeinjektion von Tuberkulin zu machen, eines von diesen souveränen Mitteln müsste dann den Ausschlag geben. Demgegenüber finden andere Autoren z. B. Cooper[2]), dass gerade durch eine allzufrühe bezw. unzeitige Anwendung des Quecksilbers oft die ganze Diagnose verdorben wird. Ferner warnt er vor der Ätzung eines verdächtigen Geschwürs mit dem Lapis, da dadurch sowohl entzündliche Härte, die eine Induration vortäuscht, auftreten als auch eine Sklerose markiert werden kann.

Weiter erschwert wird die Differentialdiagnose durch die Beobachtung, dass Tuberkulose und Schanker gleichzeitig an der Nase vorkommen können; so stellte Lustgarten auf einer Dermatologischen Sitzung 1899[3]) zwei Patienten vor, die beide eine gemischte Infektion, von Syphilis und von Tuberkulose, aufwiesen.

Alles in allem wird also in vielen Fällen nichts übrig bleiben, als betreff sicherer Entscheidung die Sekundärerscheinungen bezw. das Auftreten einer Roseola abzuwarten, die denn auch in solch schwierigen Fällen in der Regel erst Aufklärung bringt, wie aus zahlreichen Beispielen der Lite-

[1]) Haslauer, Arch. f. Laryngologie 1900, p. 111.
[2]) Arch. f. Derm. u. S. 25, p. 890.
[3]) Arch. f. Derm. u. S. 50 (1899).

ratur hervorgeht. Dem Einwurf mancher Autoren, dass man bei extragenitaler Syphilisinfektion nicht früh genug mit der spezifischen Behandlung einsetzen könne, möchte ich doch folgendes entgegenhalten:

1. Wenn der Patient doch nun einmal die Syphilis acquiriert hat, kann es unmöglich viel ausmachen, wenn noch ein paar Tage mit der Behandlung gewartet wird.

2. Oft geht ein kleines Geschwür auf Hg-Behandlung zurück und wird so als syphilitisch diagnostiziert, während es in Wirklichkeit eine harmlose Granulation war, die spontan geheilt ist. Und der unglückliche Patient, der da jetzt glaubt, syphilitisch zu sein, trägt die Folgen in einer schweren psychischen Depression — von anderem ganz abgesehen — sein ganzes Leben lang. Diese meine Anschauung gilt natürlich nur für derartig schwierige Fälle, wo vor dem Auftreten der Sekundärerscheinungen nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose gemacht werden kann.

Endlich will ich noch auf einen andern Punkt zu sprechen kommen. Es ist nicht immer leicht, das erste Stadium der Syphilis, den Primäraffekt, von seinem 3. Stadium, dem zerfallenen Gummiknoten zu unterscheiden, besonders wenn die Anamnese keine Angaben über die Zeit, in welcher die Infektion stattfand, gibt. Wichtig für die Differentialdiagnose sind nach Sendziak[1]) folgende Angaben: Im luetischen Primäraffekt sind die Lymphdrüsen viel stärker beteiligt, die Infiltration selbst hat mehr den Charakter derber und knorpeliger Resistenz, endlich entscheidet der weitere Verlauf (Roseola, plaques muqueuses) gewöhnlich für die richtige Diagnose, obgleich nicht immer, wie der Autor in einigen Fällen sich zu überzeugen Gelegenheit hatte.

Auch Brunon[2]) ist der Ansicht, dass die Unterscheidung des Primäraffekts von einem tertiären Syphilom oft nicht unerheblich schwierig ist. Er bringt folgende Unterscheidungsmerkmale: Das langsame Entstehen des Tumors, der nur allmählich eintretende geschwürige Zerfall, das breite, in die

[1]) Monatshefte f. Ohrenheilkunde 1900, p. 419 u. f.

[2]) Thèse 1895.

Tiefe greifende Aussehen, die schmutzig graue Farbe, die gezackten Ränder, die zähe Sekretion, und — last not least — die Tatsache, dass eine eingeführte Sonde auf rauhen, abgestorbenen Knochen oder Knorpel stösst, sind Symptome, die für das gumma syphiliticum pathognomonisch sind.

7. Einige Krankengeschichten.

Um die oben beschriebenen Tatsachen etwas anschaulicher zu machen, gestatte ich mir, noch einige Krankengeschichten an dieser Stelle ausführlich wiederzugeben. Da ich gerade in der französischen Literatur die interessantesten und klassigsten Fälle mitgeteilt gefunden habe, die, soweit mir bekannt, noch nicht übersetzt sind, so habe ich einige davon frei ins Deutsche übertragen.

I. Sclerosis alae nasi. (Krelling[1]).

Der folgende Fall ist neben anderem deswegen von Interesse, weil bei ihm mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit eine eigentümliche Art der Infektion konstatiert wurde.

„Am 1. Dezember 1883 erschien Marie S., 35 J. alt, Zigarrenarbeiterin in der Poliklinik. Patientin ist anfangs Oktober unter heftigem Frost und nachfolgender Hitze an Gesichtsrose, die sich über die Nase und beide Wangen ausbreitete, erkrankt. Nach 14 Tagen heilte das Erysipel ab, es blieb aber eine geringe Anschwellung der rechten Nasenhöhle und der anstossenden Partie der Wangen zurück, die allmählich mehr und mehr zunahm. Vor ca. 8 Tagen bemerkte sie unter Kopfschmerzen und dem Gefühl des Unwohlseins das Auftreten eines Ausschlages am Körper. Zu gleicher Zeit bekam sie auf dem behaarten Kopf eiterige Borken und bemerkte auch ein auffallend starkes Ausfallen der Haare.

Status praesens. Die untere Partie des rechten Nasenflügels ist bis über die Mittellinie nach links hin geschwollen, gerötet, mit leicht bräunlichen Ton, glänzend, teil-

[1]) Archiv f. Dermat. u. Syph. 1888, p. 13.

weise von erweiterten Gefässen durchzogen. Der der Nase zunächst gelegene Teil der rechten Wange ist ebenfalls ödematös geschwollen, von bräunlich-roter Farbe und geht allmählich in normale Haut über. Die geschwollene Partie der Nase fühlt sich hart, fast wie Knorpel an, zeigt aber nirgends auf der Oberfläche irgendwelche Ulceration. Die Schleimhaut im Innern der Nase ist intakt, nur zeigt sie sich etwas uneben und von grauer Farbe. Die Lymphdrüsen über und unter dem Kieferwinkel sind rechts sehr stark, links weniger geschwollen, aber von sehr geringer Empfindlichkeit. Ebenso ist der geschwollene Teil der Nase auf Druck sehr wenig empfindlich. Über den ganzen Körper ist eine Roseolaeruption ausgebreitet, am Nacken finden sich einige Papeln. An den grossen Labien befinden sich einige kleine nässende Papeln. Die Inguinaldrüsen sind fast gar nicht geschwollen.

Dass es sich in diesem Falle um Syphilis handelt, konnte nicht zweifelhaft sein. Es musste aber noch festgestellt werden, an welcher Stelle der Primäraffekt sich befand. An den Genitalien war nirgends eine Sklerose nachzuweisen. Obwohl darauf nicht sehr viel zu geben ist, da wegen der versteckten Lage vieler Teile der weiblichen Genitalien der Initialaffekt oft nicht aufgefunden wird, so bewies schon die ganz unbedeutende Schwellung der Inguinaldrüsen, dass die Geschlechtsteile nicht die Eingangspforte des Kontagiums gewesen waren. Dagegen wiesen das Aussehen des rechten Nasenflügels, die starke sub- und supramaxilläre indolente Lymphdrüsenschwellung darauf hin, dass die Affektion an der Nase für die syphilitische Primärsklerose zu halten sei. Es fragte sich nur noch, wie die Infektion an dieser Stelle erfolgt war.

Die Anamnese ergibt folgendes: Patientin lebt im Konkubinat mit einem Mann, der nachgewiesenermassen nicht syphilitisch war, sondern sich erst bei ihr infizierte. Näheres Nachfragen ergibt nun, dass sie sich ihre Gesichtsrose von einer Frau hatte „büssen“ lassen. Die Prozedur wurde in der Art ausgeführt, dass die Nase mit dem vorher mit Speichel befeuchteten Finger mehrmals bestrichen wurde. Es darf hiermit wohl als wahrscheinlich angenommen werden, dass

das Syphiliskontagium durch das Streichen der Nase übertragen wurde; die betr. Frau, die das „Besprechen" ausführte, hat vermutlich syphilitische Mundaffektionen gehabt; leider war es nicht möglich, hierüber Auskunft zu erlangen.

Weiterer Krankheitsverlauf. 1. III. 1884. Patientin hat im ganzen nur 17 Einreibungen mit unguentum cinerium à 3,0 gemacht. Die Form der Nase ist vollständig zur Norm zurückgekehrt. Der rechte Nasenflügel fühlt sich aber noch etwas härter an; auch sieht man auf dem Nasenrücken und rechten Nasenflügel eine Anzahl erweiterter Gefässe verlaufen. Auf den grossen Labien befinden sich an korrespondierenden Stellen zwei grosse nässende Papeln. Patientin ist im 2. Monat schwanger. Es wird infolgedessen von neuem mit einer Schmierkur begonnen. Nach 3 Monaten Abort. Im nächsten Jahre erfolgte noch ein Abort im 5. Monat.

II. P.-A. des Naseneingangs. (Biek[1]).

Der Kranke merkte zu Anfang April sehr oft beim Atemholen Kältegefühl in der Nase, besonders im linken Nasenloch, gleichzeitig kam nach dem Schnauben regelmässig Blut aus dem linken Nasenloch. Nach dem Bluten bildete sich jedesmal eine blutige Borke, die sich jeden Tag ablöste. Allmählich merkte der Patient, dass sich die linke Nasenhöhle bedeutend härter anfühlte als die rechte, und dass die Unterkieferdrüsen der linken Seite erheblich anschwollen. Gegen Ende April suchte er wegen Kopfschmerzen und Ohrensausen eine Ohrenpoliklinik auf, von wo er, da sich eine deutliche Roseola bei ihm vorfand, auf die syphilitische Abteilung der Charité verwiesen wurde.

Status praesens. Linke Nasenhälfte buckelig vorgewölbt. Gleichzeitig diese Stelle im Gegensatz zu der weichen rechten knorpelhart anzuführen. Die Schleimhaut des linken Nasenlochs, besonders die des Septums und der angrenzenden oberen Teile ist ebenfalls infiltriert und hat zahlreiche Fissuren, die bei Berührung leicht bluten. Unter dem linken Unter-

[1]) Münch. med. Wochenschr. 1897, p. 1077.

kiefer sehen wir ein grosses Paket geschwollener auf Druck empfindlicher Lymphdrüsen. Die Untersuchung des übrigen Körpers ergibt ausser den Erscheinungen der sekundären Syphilis nirgends ein auf Primäraffekt verdächtiges Geschwür.

III. P.-A. des Septums (Marfan[1]).

(Fall mit ganz minimalen subjektiven Symptomen).

P. Emil, 17 Jahre alt, Taglöhner, tritt am 17. Oktober 1899 ins Spital Necker, in Behandlung des Herrn Professor Peter. Er stammt aus gesunder Familie und ist selbst stets gesund gewesen.

Patient hatte mit der gleichen Frau 3 verschiedene Male Verkehr. Erstmals am 14. Juli, zum zweiten Male am 20. August, das dritte Mal am 20. September. Ende September bemerkte er, dass sich in der Gegend der rechten Untermaxillardrüse und der Parotis eine Geschwulst entwickelte, die sich acht Tage lang ständig weiter vergrösserte. Am 15. Oktober fand er am Körper, besonders am Rumpf und in der Lendengegend eine Eruption von kleinen roten Flecken und trat deswegen ins Spital ein.

Beim Eintritt des Patienten ist schon der ganze Körper von den nicht prominierenden roten Flecken wie übersät, sodass der behandelnde Arzt eine Roseola syphilitica diagnostiziert.

Als man nach dem Sitz des Primäraffektes sucht, ist an den Genitalien nichts zu finden. Die Schwellung und Erkrankung der submaxillären und praeauriculären Lymphdrüsen lenkt die Aufmerksamkeit auf das Gesicht. Aber weder im Munde noch an den Rachenorganen lässt sich das Geringste entdecken.

Dagegen zeigt sich der rechte Nasenflügel etwas aufgeklappt und die Umgebung des rechten Nasenlochs leicht geschwollen. Bei der Spiegeluntersuchung lässt sich am Septum etwa 1 cm vom unteren Rande ein kleiner, runder, unverschieblicher, gelbweiss belegter, etwa kleinhaselnussgrosser

[1]) Annal. de Derm. 1890, p. 499.

Tumor konstatieren, der bei Betastung mit dem Finger sich als sehr hart, fast knorpelhart erweist. Es ist klar: Wir haben da eine Sklerose der Schleimhaut des Septums etwas oberhalb seiner häutigen Partie. Die Sekretion der Nase ist auf der betreffenden Seite kaum vermehrt.

Zu bemerken ist, dass die subjektiven Beschwerden gleich null sind. Der Patient hat überhaupt keine Ahnung davon, dass in der Nase etwas nicht in Ordnung ist.

Die spezifische Behandlung wird eingeleitet. Am 25. Oktober ist die Roseola verschwunden. Am 30. Oktober tritt auf der Stirn, an der Stirnhaargrenze, auf dem rechten Arm und oberhalb der linken Brust ein maculo-squamöses Syphilid auf. Am 10. November ist die ganze Eruption verschwunden und der Primäraffekt fast vollständig geheilt. Zurückgeblieben sind einzig geringste Spuren der abgeheilten Adenopathie.

Über die Art der Infektion vermochte Marfan nichts zu ermitteln, da der ziemlich beschränkte Patient sich an nichts mehr erinnern konnte. Doch spricht der Autor den Gedanken aus, dass er wahrscheinlich mit dem Finger die vulva einer syphilitischen Frau berührt, sich dann mit dem Finger in der Nase gekratzt und so das virus sich selber eingeimpft habe.

IV. P.-A. des Septums. (Gemy[1]).

(Fall mit mittelmässigen subjekt. Symptomen).

C. Joseph, 27 J. alt, Taglöhner aus Algier, tritt am 7. Dezember 1889 in die Klinik für Haut und Geschlechtskrankheiten ein. Er klagt, dass er durch das linke Nasenloch nicht mehr atmen könne.

In der linken Parotiden- und Submaxillargegend fällt ein Paket angeschwollener Drüsen auf, während sich in derselben Gegend rechts keine Schwellung findet. Die Nasenlöcher sind, namentlich linkerseits, verstopft, und die Umgebung zeigt eine pseudovesikuläre Eruption.

Bei der Untersuchung des Körpers findet sich ein konfluierender papulöser Ausschlag in Kleinlinsengrösse am

[1]) Annal. d. Derm. 1890, p. 571.

ganzen Rumpfe, den unteren und den oberen Extremitäten. Die Diagnose steht also ausser Zweifel: es ist ein papulöses Syphilid.

Auffällig ist noch das massenhafte Ausfallen der Haare und das Ergriffensein der hinteren Nackendrüsen.

Die Genitalien zeigen keinerlei pathologische Veränderungen: zwar findet sich am Penis ein geringfügiger Ausschlag, von der Beschaffenheit wie der des Rumpfes, auch eine, jedoch kongenitale Phimose ist vorhanden, aber keine Spur eines Primäraffektes. Die Leistendrüsen sind klein erbsengross. Am Anus ist nichts nachweisbar. Im Mund und auf der Oberlippe rechts finden sich breite plaques muqueuses. Tonsillen, Gaumensegel und Zuge sind frei.

Auf die Frage, ob er schon einmal geschlechtskrank gewesen, gibt Patient die Versicherung, nicht allein dass das niemals der Fall gewesen sei, sondern dass er überhaupt noch nie in seinem Leben mit einem Weibe geschlechtlichen Umgang gehabt habe. Diese Aussagen macht Patient zu wiederholten Malen und mit solcher Bestimmtheit, dass an der Wahrheit derselben schlechterdings nicht zu zweifeln ist.

Da der Patient weder am Penis, noch am Anus, noch an der Zunge, noch an den Tonsillen, noch an den Lippen einen Primäraffekt aufweist, lenkt sich die Aufmerksamkeit auf den pathologischen Befund in der Nase.

Bei der einfachen Untersuchung ohne Zuhilfenahme des Nasenspiegels lässt sich an der mittleren Partie des Septums links ein hellroter und, infolge Epithelnekrose, weisslich belegter Tumor erkennen, der das Lumen der Nase auf dieser Seite völlig verstopft und die Atmung verhindert. Die Digitaluntersuchung lässt eine deutliche Verhärtung des Tumors erkennen.

Die rhinoskopische Untersuchung ergibt als Sitz der Erkrankung die Vereinigungsstelle der knorpeligen und der knöchernen Partie des Septums. Sie verläuft schräg von unten nach oben und von vorn nach hinten. Der Rand ist erhaben, von 15 mm Längs- und 10 mm Breite-Durchmesser. Im übrigen wird der vorherige Befund bestätigt. Der Einführung der

Sonde in die tieferen Teile der Nasenhöhle setzt der Tumor zwar einen erheblichen Widerstand entgegen, doch gelingt sie, ohne dass eine Blutung eintritt.

Eine leichte Sekretion besteht vom Tumor aus, als deren Folge wohl die bläschenartige Eruption anzusehen ist. In der rechten Nase findet sich nichts von Belang.

Die Diagnose lautet also: syphilitischer Primäraffekt der Nasenscheidenwand.

Behandlung: 2mal tgl. 1 Sublimatpille, Verband mit Kalomel.

Weiterer Verlauf: In den folgenden Tagen geht die Erkrankung des Septums zurück und beginnt zu vernarben. Der Patient kann durch das linke Nasenloch wieder atmen.

5. Januar. Abgesehen von einer zurückgebliebenen Verhärtung ist von dem Krankheitsprozess nichts mehr zu sehen. Die Atmung ist beiderseits gleich leicht; die papulöse Eruption ist bis auf eine dunkle Pigmentierung verschwunden.

Patient verlangt und erhält seinen Austritt. — Es ist dem Autor unmöglich gewesen, die Entstehung der Sklerose festzustellen.

V. P.-A. des Septums. (d'Aulnay[1]).

(Fall mit schweren subjektiven Symptomen.)

27jähriger Maler; hatte perversen Verkehr („des rapports bucco-vulvaires") mit einem syphilitischen Modell, mit dem er übrigens ausserdem vorher öfters normalen Geschlechtsverkehr hatte, ohne jedoch eine genitale Sklerose zu acquirieren.

An der mittleren häutigen Partie des unteren Septums rechts findet sich eine diffus gerötete Geschwulst, die bis zur Schleimhaut des rechten Nasenlochs herunterreicht und sich seitlich bis zur inneren Wand des rechten Nasenflügels ausdehnt. Der Tumor ist induriert und knorpelhart und zeigt einen graugelben Belag auf seiner Oberfläche. Schmerz ist nicht vorhanden, dagegen eine lästige Spannung der Haut, besonders beim Ein- und Ausatmen. Keine Drüsenschwellung.

[1]) Annal. d. Derm. 1895, p. 989 (sehr gekürzt).

Da die wahre Natur des Prozesses nicht zu erkennen ist, wird keine spezifische Behandlung eingeleitet, und infolgedessen greift die Erkrankung weiter. Die Geschwulst erfüllt allmählich die ganze rechte Nasenhälfte, die Atmung durch dieselbe wird dem Patienten zur Unmöglichkeit. Gleichzeitig bekommt er heftige Kopfschmerzen in der Stirngegend, über den Augen und an den Schläfen. Immer noch keine Drüsenschwellung, kein Fieber. Nach 2 Tagen macht sich ein kleines Geschwür bemerkbar, von fleischroter Farbe, das sofort den Verdacht auf Syphilis lenkt. Vom Patienten wird jedoch eine vorhergegangene Siphilisinfektion strikte geleugnet. Spezifische (innere) Kur wird eingeleitet.

6 Tage später: Heftigste Kopfschmerzen mit Fieber; der Tumor ist noch grösser geworden; erfüllt die ganze rechte Nase.

Behandlung: Touchieren der Geschwulst mit salpetersaurem Hg.

Einige Tage später: Die Geschwulst geht zurück, die Kopfschmerzen sind geringer.

1 Woche später: Keine Kopfschmerzen mehr, Geschwulst im Verschwinden.

1 Woche später: Vernarbung, es besteht noch eine leichte Induration der Umgebung, die Nase ist leicht verdickt.

2 Wochen später: Bestätigung der Diagnose durch das Auftreten einer deutlichen Roseola an der Seite. Intensive Kopfschmerzen.

Behandlung: Tgl. 1 Sublimatpille à 0,02.

Seitdem fühlt sich Patient wohl, und keine Störung ist mehr eingetreten.

VI. P.-A. der mittleren Muschel (Jakobi[1]).

Einzig in seiner Art ist der Fall von Jakobi aus dem Gerber'schen Ambulatorium, wo die Sklerose an der rechten mittleren Muschel ihren Sitz hatte.

[1]) Ref. Ebner, Leipzig 1897, p. 16.

Die subjektiven Symptome des 30jährigen Pat. bestanden in Schmerz und Verstopfung der rechten Nasenhöhle. Der objektive Befund ergab folgendes: starke Rötung der äusseren Nase in der Gegend der apertura pyriformis, sowie leichtes Ödem und Schmerzhaftigkeit auf Druck daselbst. Die rechte Nasenhöhle enthielt schleimig-eiteriges Sekret, während die linke frei war. Von dem normalen Naseneingang aus sah man die untere Nasenmuschel leicht injiziert, während die mittlere bereits eine diffuse Schwellung und Rötung aufwies. Die Nasenschleimhaut selbst war himbeergeleeartig gerötet, auf Berührung schmerzhaft und leicht blutend. Die Mitte der mittleren Muschel war ulceriert und von einem gelbschmierigen Belage bedeckt.

Bei der postrhinoskopischen Untersuchung zeigte sich bei dem Patienten eine starke Schwellung der rechten mittleren Muschel gegenüber der linken, normalen. In der rechten Choanenöffnung war Eiter vorhanden.

Trotzdem der Patient in diesem Falle hartnäckig jede Infektion von der Hand wies, liess eine am Kieferwinkel vorhandene Schwellung und Induration der Lymphdrüsen kaum einen Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose auf eine syphilitische Initialmanifestation aufkommen, welche Diagnose denn auch später durch ein über den ganzen Körper verbreitetes makulöses Exanthem zur vollsten Sicherheit erhoben wurde.

Auf welche Weise bei dem in diesem Falle vorliegenden hohen Sitz der Sklerose die Infektion zustande gekommen ist, dürfte wohl schwer zu sagen sein. Ob man nun ein ärztliches Instrument, den Finger oder, wie Jakobi es für möglich hält, den Schnupftakak als Träger der Infektion annimmt so lässt sich doch kaum etwas finden, was besonders für die Annahme einer dieser Infektionsarten spräche; man müsste denn gerade herhorheben, dass für den Schnupftabak als Träger der Infektion besonders die Tatsache spricht, dass er am ehesten zu einem solch hohen Sitz der Sklerose Veranlassung geben kann.

VII. P.-A. der Choanen (Lancereaux[1]).

Der folgende Fall ist durch Katheterisieren der tuba Eustachii entstanden, es scheint ein P.-A. der Choanen vorzuliegen, doch möchte ich das nicht mit Bestimmtheit behaupten.

58jähriger Mann, kräftig und wohlgenährt, tritt am 18. Januar in das Spital de la Pitié in Behandlung des Herrn Lancereaux ein, von seiner Frau gebracht. Der Patient hat seit einem Monat am ganzen Rumpf, den Extremitäten, besonders an den unteren, und auch an einigen Stellen des Kopfes eine papulo-pustulöse Eruption. An den behaarten Körperteilen finden sich kleine Pusteln mit weisslicher Spitze und geröteter, indurierter Basis. Jedes Stadium der Entwickelung des Ausschlages findet sich vor: hier sind noch ganz frische, einfache Flecken, dort schon das Stadium der Suppuration, dort endlich gar der Austrocknung und Abschuppung. Die suboccipitalen und submaxillären Lymphdrüsen sind geschwollen.

Das Allgemeinbefinden ist ungestört, nur beim ersten Auftreten der Eruption hatte Patient ein Gefühl von Mattigkeit und allgemeiner Gliederschwere.

Aus diesen Symptomen liess sich einzig die Diagnose auf Syphilis im Sekundärstadium stellen. Aber wo sass der Primäraffekt?

Der Patient versicherte, nie in seinem Leben einen Schanker gehabt zu haben, auch waren die Genitalien frei von jeglichem Anzeichen von Syphilis; ebensowenig fand sich in der Mundhöhle etwas Anormales; die Frau des Patienten war gesund und es auch stets gewesen.

Nach langem Fragen stellt es sich denn heraus, dass der Mann, der taub war, einen Spezialisten für Ohrenkrankheiten konsultiert hatte, der ihn 2mal mit Katheterisation der tuba Eustacchii behandelte, das erste Mal am 13. September, das zweite Mal am 15. November. Nach der letzten Behandlung erfolgte eine Blutung aus der Nase. Es liess sich feststellen, dass diese Operation unvorsichtigerweise mit einem Instrument

[1]) Ref. Dupond, Bordeaux 1887, p. 21.

ausgeführt worden war, das schon verschiedentlich auch für andere Patienten benutzt war. Sofort kam Herrn Lancereaux der Gedanke, dass der Tubenkatheter in diesem Falle der Überträger des virus gewesen sein müsse. Die Infektion würde dann am 13. September, bei der ersten Katheterisation, stattgefunden haben, was so ziemlich mit der Dauer der Inkubation stimmen würde. Die Blutung bei der 2. Operation, am 15. November dürfte wohl ein Zeichen dafür sein, dass damals schon im hintern Abschnitt der Nasenhöhle ein Schanker existierte. In der Tat würde dann noch heute, im Monat Dezember, 3 Monate nach der Infektion, die Eruption der sekundären Erscheinungen in Blüte stehen.

VIII. Multiple Sklerosen (Pringle[1]).

Der Primäraffekt der Nase kann auch in seltenen Fällen multipel mit Sklerosen an andern Körperstellen vorkommen. Einen solchen Fall veröffentlicht Pringle:

Der Autor stellt in einer Sitzung der Londoner Dermatologischen Gesellschaft, am 13. VIII. 1897 einen 22jährigen jungen Mann mit multiplen harten Schankern vor. Die Infektion hatte in der ersten Augustwoche stattgefunden, die Krankheitserscheinungen traten zuerst Ende August auf. Anfangs September kam Patient in Behandlung.

Damals fand sich ein Schanker an der linken Seite der Oberlippe, etwa bohnengross, mit ziemlich stark indurierter Basis; in der linken Submaxillargegend war eine sperlingseigrosse Drüse, welche später noch bis zur Grösse eines Taubeneies anschwoll; auch die Drüsen hinter dem Sternokleidomastoideus waren geschwollen. Zugleich nun mit diesem erwähntem Geschwüre, waren noch an 7 anderen Stellen ähnliche kleine Eruptionen aufgetreten, welche ebenfalls ganz den Charakter eines harten Schankers darboten; sie waren von der Grösse einer Erbse und darüber und fanden sich auf dem Kopf, an der Stirne, am Nasenseptum, an der rechten Hüfte, an der Aussenseite der linken Lende, und

[1]) Brit. Journ. of Derm. 1897. (ref. Dermatol. Centralbl. I. 98 p. 381.)

am linken Bein, dagegen nicht am Penis. In der letzten Septemberwoche stellte sich ein typisches maculo-papulöses Syphilid ein, zugleich traten Schlingbeschwerden auf. Über die Art der Infektion war nichts Näheres festzustellen. Wahrscheinlich hatte eine gleichzeitige Inoculation des syphilitischen virus an verschiedenen Stellen stattgefunden.

IX. Fall. (Seifert.)

Zum Schlusse dieses Abschnittes gestatte ich mir noch, eine persönliche Beobachtung meines sehr verehrten Lehrers, des Herrn Prof. Dr. Seifert, mitzuteilen, deren Veröffentlichung mir derselbe in liebenswürdigster Weise überlassen hat.

1. III. 1896. Stud. med. kommt in Behandlung, mit der Angabe, dass er seit 14 Tagen fast täglich an Nasenbluten leide, und dass sich am Eingang der Nase täglich Krusten bildeten, welche die Nase verstopfen.

Status: Patient gross, kräftig gebaut. Am Boden der Nasenhälfte rechts und auf den angrenzenden Teil des Septums übergehend ein Geschwür mit aufgeworfenen, leicht blutenden Rändern.

Das Geschwür wird für ein tuberkulöses gehalten und mit Parachlorphenol geätzt.

12. III. Patient stellt sich vor, die Blutungen haben aufgehört, dagegen bemerkt Patient einen Ausschlag am Stamme. Die nochmalige Untersuchung ergibt, dass sich das Geschwür noch weiter in die Peripherie und noch in die Tiefe ausgebreitet hat, dass die Submaxillardrüsen rechts sehr stark und hart geschwollen sind und am Rumpfe ein syphilitisches Exanthem aufgetreten ist.

Diagnose: Extragenitale Syphilis der Nase.

Therapie: Schmierkur.

Über das weitere Schicksal des Pat. ist nichts bekannt.

Tabelle der gesammelten Fälle.

(Nach alphabetischer Ordnung der Autoren.)

I. Nasenwurzel.

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
1	1		22jähr. Viehwärter	?	An d. Nasenwurzel markstückgrosse, indurierte Ulceration, in der Mittellinie, nach dem rechten Nasenrücken verlaufend.	**Grön,** Verh. d. med. Gesellsch. in Christiana. Dez. 1900 (ref. Dermatol. Centralbl. 1901. p. 217.)	Roseola
2	1		46 Jahre	Biss bei Rauferei	2 Frankstück grosses ulcus im linken Augenbrauen-Nasenwurzelwinkel.	**Hallopeau et Trastour,** ref. Arch. f. D. u. Syphil. 62 (1902) p. 465.	
3	1		23jähr. Maurer	?	An der Nasenwurzel runde Narbe mit erhabenen, indur. Rändern.	**Laurent,** Gaz. méd. de Paris 1887, ref. Arch. f. D. u. S. 88. p. 672 ref. Le Bart, pag. 30.	Sekundärerscheinungen
4				?	Nasenwurzel.	**Morrow,** Journ. of cut. and ven. Dis. 1888, pag. 148, ref. Bulkley, p. 335.	
5	1		29 Jahre	Wurde v. einer Frau gekratzt	Linke Seite der Nasenwurzel zwischen den Augen.	**Romanowski,** Jussbi Wratsch 1904.	
6			Säugling von 4 Woch.	Bei d. Geburt durch die syphil. Mutter infiziert	Nasenwurzel.	**Weil,** Deutsche Zeitschrift f. prakt Medizin 1877.	Später: Sekundärerscheinungen

II. Nasenrücken.

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
1 (7)	1		Erwachs.	Faustschl. auf d. Nase durch sek. syphil. Kameraden, m. Läsion d. Nase.	sehr hartes Geschwür des Nasenrückens mit erhabener Oberfläche.	**Healy,** the Brit. med. Journ. Dez. 1893. ref. Arch. für Derm. u. Syphilis. Bd. 31. (1895) p. 137.	papulöses Exanthem
2 (8)	1		Kärner	Finger, Ueberträger des virus.	gleichzeitig auf dem Nasenrücken, der Nasenspitze, dem Penis.	**Jullien,** Traitée prat. des mal. vén. p. 231. ref. Dupont. 1887. ref. Arch. für D. u. S. 1889, p. 243.	
3 (9)	1		26jähr. Zahntechn.	beim Zahnzieh. hatte ihn ein Pat. gekratzt.	am rechten oberen Abschnitt d. Nasenrückens halbmondförmiges Geschwür mit Kruste. Ränder nicht gezackt, nicht verdickt.	**Neuhaus,** Monatsh. für prakt. Derm. 28. p. 817. ref. Arch. f. D. u. S. Bd. 52, p. 465.	spez. Behandlg beim Exanthem
4 (10)	1		Erwachs.	Schlag m. einem Schlüssel auf die Nase.	Nasenrücken.	**Pallizari,** Int. klin. Rundschau 1894 ref. Monatsh. für pr. Derm. Bd. 19. p. 659.	Erythema syphilit.
5 (11)	1		Erwachs	Biss in die Nase im Streit mit einem syphilit. Kamerad.	Nasenrücken.	**Speranski,** Russkaja medic. 1888, Nr. [illegible] ref. Gerber, Derm. Zeitschr. II. 95. p. 3.	papulöses Syphilid
6 (12)	1		24jähr. Gürtler		Nasenrücken. Auf der Mitte der Nase eine verdickte, gerötete Erhebung.	**Stiebel,** Würzburg 1895, p. 60. Fall 24. (aus d. Klinik von Joseph.)	

III. Nasenspitze.

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
1 (13)	1		29 J.	?	An der rechten Seite der Nase, nahe d. Spitze.	**Balzer** u. **Lecorme,** Annales de Dermat, 12. 1901, p. 1091.	Roseola.
2 (14)		1	20 J.	hatte Furunkel der Nasenspitze, liess sich dens. von syph. Frau m. d. Fing. öffnen.	Nasenspitze.	**Glas,** Wiener laryngol. Gesellschaft, 2. III. 04.	
3 (15)	1		3 J.	Infektion durch ein sek. syph. Individuum.	Nasenspitze.	**Hahn,** Münchener med. Wochenschrift 1900 p. 1641 ref. therapeut. Monatshefte 1901.	
4 (16)			—	?	Nasenspitze.	**Hulot,** Annales de Dermatol. 77/78. p. 29—56.	
5 (17)			—	?	Nasenspitze, gleichzeitig an der Oberlippe und am Kinn.	**Lanz,** Wiener Derm. Gesell. 21. II. 1900.	
6 (18)	1		Arrestant	?	Nasenspitze.	**Laurent,** Gaz. méd. de Paris 1888. p. 596.	Hautsyphilid.
7 (19)			—	?	Nasenspitze.	**Matzenauer,** Wien. Dermat Gesellschaft 24. II. 04.	Allgemeinerschein.
8 (20)	1		Erw.	unmittelb. Kontakt mit dem weibl. Genitale.	Gleichzeitiger P.-A. der Nasenspitze, der Oberlippe und des Kinnes.	**Neumann,** Wien. kl. Wochenschrift 1902. Nr. 39.	

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
9 (21)	1			?	Nasenspitze	**Rollet,** Traité d. mal. vén. Ref. Dupond, pag. 13.	
10 (22)				?	Nasenspitze	**Sherwell,** Journ. of. cut. etc. diseases 1895.	
11 (23)		1	Erw.	liebkoste ein syphil Kind.	Nasenspitze	**Sherwell,** Archiv f. Derm. u. Syphilis 50. (1899) p. 115.	
12 (24)		1	ältere Frau	?	Nasenspitze	**Shiwalt,** Ver. Derm. Gesellschaft z. Moskau. 14. II. 1902.	
13 (25)	1		junger Mann	durch Biss	Nasenspitze	**Taylor,** Journ. of cut. etc. dis. 1895. ref. Arch. f. D. u. S. 40. p. 235.	

IV. Nasolabialfalte.

1 (26)				—	Nasolabialfalte	**Caramitti** (Bologna) Giorn. ital. d. mal. vén. 82. p. 129. (ref. Bulkley p. 265.)	
2 (27)	1		Erw.	Rasieren bei syphil. Barbier	Nasolabialfalte	**Glück** (Krakau) Wien. med. Presse 88 27—28. (ref. Bulkley, p. 295.)	
3 (28)				—	Nasolabialfalte	**Puche,** ref. Fournier, Leç. sur le chancre, 1888, S. 240 ref. Bulkley, pag. 351.	
4 (29)				—	rechte Nasolabialfalte	**Quinquand u. Nicolle,** An. de Derm. 1892, p. 1228—1243. ref. Bulkley p. 352	

V. Nasenflügel.

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
1 (30)		1	44jähr. Hebamme	?	am rechten Nasenflügel derbes, bohnengrosses, schuppendes Infiltrat.	**Bloch,** Ueber extragenital. Syphil.-Infektion. Arch. f. D. u. S. 39 (1897) p. 96	Exanthem
2 (31)			—	?	am rechten Nasenflügel.	**Boulangier,** Monatshefte f. pr. Dermat. 1888, Nr. 8. p. 387.	papulovesikuläre Eruption
3 (32)		1	10 J.	?	Nasenflügel.	**Cooper,** the Lancet 1890 II. p. 860. (ref. Bulkley, p. 272.) ref. Annal. d. D. 91. pag. 256.	
4 (33)			—	?	am rechten Nasenflügel derbe, braunrote Schwellung mit nekrotischem Belag und eiteriger Ulceration.	**Ehrmann,** Wiener Dermat. Gesellschaft 21. II. 1900. ref. Arch. f. D. u. S. 53 p. 100.	Später (p. 109) Exanthem
5 (34)		1	20jähr. Frau	?	gleichzeitig P.-A. des rechten Nasenflügels, mit braunrotem Schorf bedeckt.	**Fröhlich,** allg. Wien. med. Zeitung 1889 Nr. 8. ref. Arch. f. D. u. S. 21. p. 428. ref. Bulkley, p. 291.	
6 (35)	1		50 J.	Verwund. bei Spiel mit Kind d. Familie	bohnengrosse, harte Geschwulst des linken Nasenflügels. mit dem braunrot. Schorf bedeckt	**Gerber,** Derm. Zeitschrift II. 95. p. 3. ref. Ebner, 1897, pag. 15.	
7 (36)			—	?	linker Nasenflügel	**Griffin,** New-York med. Journ. 1896, 23 Mai. ref. Arch f. D. u. S. 42. p. 469.	
8 (37)	1		24jähr. Posamentierer	Biss in die Nase durch einen Zuhälter mit ‚bös. Mund'	am rechten Nasenflügel flache Ulceration von 2-Frankstück-Grösse m. geröteten Rändern.	**Guignard,** Thèse de Paris 1882 p. 23. (Service de Fournier) ref. le Bart, p. 34.	Roseola

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
9 (38)			Kind	Infekt. durch ein an sekund. Syph. leid. Individ.	Nasenflügel	**Hahn,** Münch. med. Wochenschr. 1900, p. 1606, ref. therap. Monatsh. 1901.	
10 (39)		1	45jähr verheiratete Haushält.	?	Am rechten Nasenflügel tumor von Klein-Kartoffel-Grösse, mit gelbl. Kruste bedeckt.	**Hulot,** Annal. de Derm. et de Syph. 77/78 p. 29—56. ref. Le Bart, p. 39.	Roseola
11 (40)	1		46jähr Kalkbrenn.	?	Am rechten Nasenflügel Ulceration von 1 Frankstück-Grösse, m. bräunlicher Kruste, nach deren Entfernung ein Geschwür mit indurierter Basis. Gleichzeitig: P.-A. d. linken Lippenkommissur.	**Hulot,** ref. Le Bart, pag. 40.	Allgem.-Erschein., papulöses Syphilid
12 (41)		1	35jähr. Zig.-Arbeiterin	hatte ihre Gesichtsrose v. syph Frau „besprechen" lassen, die ihr mit dem m. Speichel befeucht. Daumen üb. die Nase strich.	An der unteren Partie des rechten Nasenflügels Schwellung und Rötung	**Krelling,** Vierteljahrsschrift f. Derm. und Syph. 1888, p. 9—17.	Roseola
13 (42)		1	17jähr. Ladnerin	?	Am linken Nasenflügel ulcerierter, indurierter Tumor, mit Kruste bedeckt. Schwellung der Nase.	**Lailler,** Bibliothek de St. Louis. ref. Le Bart, p. 48.	Am Körper einige Papeln
14.15 (43) (44)			—	?	2 Fälle von Sklerose des Nasenflügels	**Lanz,** Wien. Derm. Gesellschaft 21. II. 1900. vgl. Wien. Kl. W. 18. 1898. p. 451.	

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
16 (45)	1		—	?	Nasenflügel	**Lutati,** Giorn. ital. dell mal. ven. etc. 1903.	
17 (46)			—	?	Nasenflügel, gleichzeitig P.-A, an der Nasolabialfalte.	**Martin** Aimé, Thèse de Paris 1863. ref. Dupond, p. 13.	
18-23 (47—52)		6	6 Frauen	?	6 Fälle von P.-A. des Nasenflügels bei Frauen	**Martin, Carrier** u. **Bureaux,** vereinigte Statistiken. ref. Le Bart, p. 14.	
24 (53)			—	?	Nasenflügel	**Mauriac,** ref. van Harren Noman, Mitteilungen aus d. Klinik etc. zu Amsterdam, p. 109.	
25 (54)		1	Frau	kratzt.sich an d. Nase, nachdem sie das Waschbecken ein. syph. Ind. gereinigt hatte	rechter Nasenflügel	**Neumann,** Wiener kl. Wochenschr. 1902, Nr. 39.	
26 (55)	1		—	Gebrauch eines vorher von ein. Syph. benutzten Handtuch.	rechter Nasenflügel	**Neumann,** Wien. kl. Wochenschr. 1902, Nr. 39.	
27 (56)	1		—	?	3 Fälle von P.-A. des Nasenflügels (2 M. u. 1 W.) davon 2 schon angeführt (1 M. u. 1 W.)	**Neumann,** int. kl. Rundschau, 1902. (vgl. auch Wien. kl. Wochenschr. 02. Nr. 39 und 1898, p. 451.)	

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Form und Sitz des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
28 (57)		1	54jähr. Wäscherin	pflegte ihr hereditär syphilit. Enkelkind	linker Nasenflügel	**Neumann,** Archiv f. Derm. u. Syph. 30. (1895), p. 105.	maculo-papulöses Exanthem
29 (58)	1		Suffleur	?	am linken Nasenflügel Narbe mit indur. Basis.	**Nivet,** Thèse de Paris 1887, p. 48.	lichenoid. Exanthem
30 (59)	1		26jähr. Hausierer	Abtrock. mit Handt. das zuvor von Syph. benutzt war, der Mundaff. hatte.	ganzer rechter Nasenflügel	**Pospelow,** Archiv f. Derm. u. Syph. 1886 p. 229.	
31 (60)	1		—	?	rechter Nasenflügel u. Nasenhöhle	**Rasori,** ref. Ebner, Diss. Leipzig 97, pag. 38.	
32 (61)		1	36jähr. Hebamme	Inf. durch Fruchtw. eines syph. Kindes	rechter Nasenflügel	**Rosenquist,** Med. Obosr. Sept 1901.	
33 (62)	1		—	?	Aussenfläche des Nasenflügels	**Roth,** Wien. laryng. Gesellsch. 2. III. 04.	allgem. Erschein.
34 (63)	1		30 J.	Niesen ins Gesicht d. einen Syphilit.	rechter Nasenflügel	**Sendziak,** Monatsh. f. Ohrenheilk. 1900, pag. 423.	
35 (34)		1	Junge Frau	pflegte syph. Kind	Nasenflügel	**Snowball** (Melbourne), Austr. med. Journ. 1886. ref. Bulkley, p. 152.	konstitut. Syphilis
36 (35)			—	Familie syphilit.	Nasenflügel	**Spillmann** u. **Etienne,** ref. Archiv f. D. u. S. 36 p. 289.	

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
37 (66)			—	?	rechter Nasenflügel	**Taylor,** Journ. of cut. de diseas. 1895. ref. Archiv f. D. u. S. 40, p. 235.	

VI. Nasenfiltrum („lobule du nez").

1 (67)				?	Nasenfiltrum	**Fournier,** Musée St. Louis No. 265. ref. Le Bart, pag. 47.	
2 (68)	1		40jähr. Stuhlmacher	durch direkten Kontakt	am äusseren Nasenfiltrum u. der angrenzenden Partie des Septums graugelbe Kruste, nach deren Entfernung Erosion mit indurierter Basis.	**Hulot,** obs. Gaz. Hop. 79—89 ref. Le Bart, p. 36.	Erythematosis, papulöses Syphilid
3 (69)		1	Prostituierte	?	Am Nasenfiltrum und am linken Nasenflügel ulcerierter Tumor, Nasenloch induriert.	**Jullien,** ref. Le Bart, p. 43.	

VII. Naseneingang.

1 (70)	1		—	benutzte d. Tasch.-Tuch sein syph. Bruders, der syphil. Schleimh.-aff. hatte.	Nasenloch	**Arning** aus Hamburg, ref. Bulkley p. 244. ref. Brunon, p. 21.	
2 (71)			—	?	Nasenloch	**Baumès,** Précis. theor. et prat. etc. 1840. ref. Bulkley p. 250.	

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
3 (72)	1		20 J.	?	Nasenloch	**Bierchen,** (Stockh.) ref. R. v. Rosenstein, Underrätelse om bjarns. 1764 p. 752. (ref. Bulkley, p. 253.)	
4 (73)			—	?	Nasenloch	**Biett,** ref. Martins, Revue méd. franç. et étr. Paris 1838 I. pp. 14—74, 184—235 ref. Bulkley p. 253.	
5 (74)	1		38jähr. Zollbeamter	benutzt. m. ein. syphil. Matrosen dasselbe Taschent.	am linken Nasenloch aussen eine enorme Schwellung u. Rötung, innen Ulceration mit Kruste.	**Bulkley,** Syphilis in the Innocent, New-York 1894 ref. Brunon, p. 31.	allg. Erschein. maculo-papulöses Exanthem.
6 (75)			—	?	Nasenloch	**Charty Mac,** Thèse de Paris 1844 p. 13. ref. Dupond, p. 14.	
7 (76)	1		23jähr. Offiz.-bursch.	durch die Wäsche sein. syph. Vorges.	an der rechten Nasenöffnung mit Krusten bedeckte Geschwüre mit indurierten Rändern.	**Chapuis,** Gaz. d Hospitaux 1895, ref. Annal. de Derm. 95. p. 95. ref. Brunon, p. 37.	papulöse Roseola
8 (77)	1		Barbier	hatte beim Ras. die Lippen ein. Syph. berührt, dann mit d. Finger in d. Nase gebohrt	Naseneingang	**Cimminio,** Bolle delle mal. dell 'Orec. a. XII. Nr. II. 1894 ref. Le Bart, p. 21. ref. revue de lar. 12 1894. p. 1053.	
9 (78)			—	?	Nasenloch	**Cutter** (Philadelphia), med. Times 79—80. X. p. 299. ref. Bulkley. pag. 274.	

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
10 (79)	1		28 J.	?	Nasenloch	**Fournier,** Union méd. 2. III. 1858. ref. Le Bart, p. 29	Allgem. Erschein
11 (80)			—	?	rechtes Nasenloch	**Fournier,** Musée St. Louis Nr. 305. ref. Le Bart, p. 47.	
12 (81)		1	24jähr. Köchin	?	zwischen linkem Nasenflügel und Nasenfiltrum (Läppchen)	**Fournier,** (1893) ref. Le Bart, p. 47.	Roseola
13 (82)			—	?	Nasenfiltrum (-Läppchen) und Nasenloch gleichzeitig.	**Fournier** (1876) ref. Dupond, p. 13.	
14 (83)			—	?	Ulceration u. Infiltration des rechten Nasenlochs.	**Gayle,** intern. Centralbl. f. Lar. 5. 02. pag. 198.	Roseola
15 (84)			—	?	Septum der Nasenlöcher	**Gosselin,** ref. Dulac, Thèse 1878. ref. Brunon, p. 14.	
16 (85)			—	?	Nasenloch	**Hardy,** Traité prat. et descr. d. mal. d. l. peau, Paris 86, p. 118. ref. Bulkley p. 301.	
17 (86)			—	?	linker introitus nasi	**Heindl,** Wiener lar. Gesellsch. 2. III. 04.	Exanthem
18 (87)			—	durch Kuss	Nasenöffnung	**Heisler,** Deutsch. med. Wochenschrift, 1893 p. 1010 ref. Arch. f. D. u. S. 40, p. 223.	

Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
		—	?	ausserordentlich grosser, ulcerierter Tumor der innern Fläche eines Nasenflügels mit Schwellg. der Umgebung und vollständiger Deformation des Nasenlochs.	**Jullien,** mal vén. ref. Le Bart. p. 34.	
	1	47 J.	Katheterisierung d. tuba Eust. mit ungenüg. gerein. Instr.	Nasenloch und Rachenhöhle gleichzeitig.	**Lailler** (Paris) l'Union méd. XXIV. 1864 Nr. 120. 129. ref. Bulkley, p. 316	
		—	?	In der Nähe d. Nasenlöcher.	**Lusitanus** Amatus, ref. Dupond, p. 13.	
1		21jähr. Polier.	?	2 symmetrische P.-A. d. Nasenlöcher, nässende, ovale Erosion an d. unt. Partie des Septums, bis herab zu dem vorderen, äusseren Rande der Nasenlöcher.	**Mendel,** Soc. franç. de derm. etc. 95. 11. (ref. Annal. de derm. et de syphil. 1895. pag. 210.	
1		32 J.	?	am rechten Nasenloch ovale, indurierte, entzündlich gerötete Ulceration.	**Milligan,** Press. méd. belge 94. Nr. 6. ref. Le Bart, p. 50.	Roseola. Reinfekt.: hatte 7 J. zuv. P.-A. d. rechten Zeigefing.
1			?	linkes Nasenloch.	**Moreira** (Brasilien), Saturnisme et Syph. maligne. ref. Annal. d. D. 95, p. 521. ref. Arch. f. D. u. S. 40, p. 229.	

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Form und Sitz des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemer
25 (94)	1		31jähr. Schmied	nach Verkehr mit ein.„femme malpropre" hatte er sich an der Nase gekratzt	an der Schleimhaut des linken Nasenlochs Ulceration mit graulichem Belag und indurierten Rändern.	**Morel-Lavallée,** Annal. de derm. et de syph. 1887, p. 701	Roseo papul squam Syphi
26 (95)			—	?	ulcerierter Tumor am Orificium d. linken Nase im Bereich d. cartilago quadr.	**Moure,** ref. Arch. f D. u. S. 31 (1895) ref. Derm. Zeitschr. II 95, p. 3.	Rose
27 (96)			—	?	Schleimhaut des Nasenlochs.	**Nodet** (1863), ref Dupond, p. 12. ref. Brunon, p. 14.	
28. 29 (97 u. 98)			—	?	2 Fälle v. P.-A. des Nasenlochs	**Reboul,** Thèse Bordeaux 1892/93. ref. Annal. d. D. 93. p. 1144.	
30 (99)		1	21jähr. Frau	?	linkes Nasenloch durch unregelmässigen Tumor vollständig verschlossen	**Rippault,** revue de Laryng. 95 Nr. 8. ref. Arch. f. D. u. S. 36. p. 298.	Diff.-Di Tuberk Späte Roseo
31 (100)			—	?	Schleimhaut des Naseneingangs	**Rollet,** Trait. de mal. vén. (ref. Dupond, p. 14.	
32 (101)	1		Arzt	d. Kratzen nach Vag.-Unters. einer syph. Frau	Innenseite des rechten Nasenflügels	**Roth,** Wien. laryng. Gesellsch. 2. III. 04.	Allger Erschei
33 (102)		1	31jähr. Amme	war Amme eines hereditär luet. Säuglings.	an der Innenseite des linken Nasenflügels eine harte Geschwulst.	**Spencer Watson,** med. Times and gaz. 1881, p. 428. ref. Dupond, p. 15.	

	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
3)	1		52jähr. Anstreich.	?	enorme Geschwulst des linken Naseneingangs auf der Innenseite des Nasenflügels; breite Ulceration mit unregelmässigen Rändern, Induration; Atembeschwerden.	**Thibierge,** ref. Thèse Bazénérye, Paris 1894. ref. Le Bart, p. 70.	Exanthem

VIII. Nasenseptum.

4)	1		mittl. Alters	?	in der Höhe der unteren Muschel am Septum sitzend.	**Aerztl. Centralzeit.** 45. 1900.	Allg. konstit. Syph.
5)			—	?	septum nasi.	**Allen,** New-York. Derm. soc. (ref. Arch. f. D. u. S. 50 1899) p. 119.	
6)	1		27jähr. Maler	Cuniling. mit Modell	mittlere häutige Partie des unteren Septums; knorpelharter Tumor.	**d'Aulnay,** Richard, Annal. d. derm. 95. p. 989. ref. J. C. f. L. XII. p. 119.	Roseola
7)	1		Erw.	?	am Septum, links, vom Nasenloch ab knorpelharte Schwellung mit leicht blutenden Fissur.	**Biek,** Derm. Central-Blatt I 98, p. 233. ref. Münch. M. W. 97, p. 1097. ref. Berl. Kl. W. 49. 1899.	Roseola
8)			—	?	septum narium.	**Bulkley,** Journ. of the Amer. med. Ass. 11. I. 02. ref. Arch. f. D. u. S. 65. (1903) p. 148.	
9)		1	36jähr. Frau	Amme ein. luet. Säuglings	am vorderen Teil des Septums rechts erbsengrosser Tumor	**Calamida,** int. Centralbl. f. Lar. u. Rhinol. 1904. p. 125.	papulöses Exanthem
0)		1	Erw.	pflegte syph. Verwandten	untere Partie d. septum narium, rechts.	**Carle,** soc. méd. de Lyon 6. V. 1901.	Exanthem

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemer
8 (111)	1		17 J.	?	am Septum cartilaginosum Ulceration mit graulich, blutig-inting. Belag, Induration.	**Cimmino,** Boll. dell. mal. dell'Orec. Anno XII. No. 2. 1894. ref. Le Bart, p. 64.	plaqu muque papulö Syphil
9 (112)			—	?	septum nasi	**Clerc,** Traité d. mal. vén. 1866, persönliche Beobachtung ref. Bulkley, p. 270	
10 (113)	1		Weinhändl.	kratzte sich mit ein. Bleistift i. der Nase, den ein and. zuvor i. d. Mund genommen	Septum (u. untere Muschel ?)	**Collinet,** revue de laryng. 25. 1901.	Sekun erschei
11 (114)	1		—	?	Septum	**Collinet,** revue de laryng. 25. 1901.	
12 (115)			—	?	septum narium	**Freudenthal,** New-Yorker med. Journ. 11. V. 01.	
13 (116)	1		32jähr Arzt	nach Vag.-Unters. e. syph. Frau bohrte sich mit dem Finger in der Nase	wunde Stelle an der rechten Fläche des Septums.	**Freudenthal,** New-Yorker med. Journ. LXXIII, 804, 1901. ref. klin. therapeut. Wochenschr. 24. 1901 ref. Arch. f. D. u. S. 59, p. 464.	Sekund erschei

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
14 (117)	1		Arbeit.	Manifestat. an d. Genitalien eines syph. Weib. Verunrein. Finger in die Nase.	Tumor des Septums	**Frank,** Strassburg 1894—95. (Fall von Morel-Lavallée.)	
15 (118)	1		33jähr. Handlungsgehilfe (verh.)	seine Frau war syph.	am Septum links, 2 cm über den Naseneingang ein tumor. Deformation des Nasenflügels.	**Garel,** revue de Lar. 1895. ref. Brunon, p. 46.	Different.-Diagnose: tert. Lues, erst durch Roseola Aufklärg.
16 (119)	1		22jähr. Zurichter	? (hatte die Gewohnh., mit dem Finger in d. Nase zu bohren.)	an der unteren Partie des Septums rechts in Form eines „ulcus relevatum" kleine Ulceration mit bräunlicher Kruste, Schwellung der Umgebung.	**Garel,** revue de Lar 1895. ref. Brunon, p. 47.	plaques muqueus. d. Mundh., Maculöses Syphilid; Roseola.
17-18 (120) (121)			—	?	4 Fälle von P.-A. des Septums, darunter — wahrscheinlich — die beiden soeben beschriebenen.	**Garel,** Lyon. méd. 31. 1900. (ref. Monatsh. f. prakt. Derm. 33, p. 547.	
19 (122)	1		27jähr. Taglöhner	?	an der Vereinigungstelle des knorpeligen und knöchernen Teils des Septums weisslich belegter, induriert. Tumor	**Gemy,** Annales de Derm. 1887, p. 571. ref. Brunon, p. 27.	papulöses Exanthem
20 (123)			—	?	septum narium.	**Gibier,** Union. méd. 1880. III. Serie XXX. No. 127, p. 523. ref. Brunon, p. 14.	

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
21 (124)	1		—	?	in der linken Nasenhöhle am os turbinatum umschriebene Läsion (untere Muschel)	**Jakson,** Arch. f. Derm. u. Syph. 50 (1899) p. 119.	Sekundärsymptome, Roseola
22 (125)			—	?	septum nasi	**Lustgarten,** New-York. derm. soc. ref. Arch. f. D. u S. 50 (99) p. 119.	
23 (126)	1		17jähr. Taglöhner	Finger Ueberträger (?)	am untern Rande des Septums rechts kleinhaselnussgrosser, gelbweiss belegter Tumor	**Marfan,** Annal. d. dermat. 1890, p. 449. ref. Brunon, p. 26.	Roseola
24 (127)			—	?	hochgelegene mittlere Partie des Septums.	**Morel-Lavallée,** Annales de dermat. XI. 87. ref. Bazénerye, p. 11.	
25 (128)	1		17 J.	Finger an der vulva einer Frau dann in d. Nase (?)	an der unteren Partie des Septums kleinhaselnussgrosser, äusserst harter Tumor mit weisslichem Belag	**Moure,** revue de lar. et rhin. 1. VII. 87. ref. Annal. d. derm. 88, p. 596.	Roseola
26 (129)	1		54jähr. Arbeit. im Schlachthaus	? (hatte die Gewohnh., in d. Nase zu bohren)	am mittleren Teil des Septums rechts pilzartige Geschwulst mit breitem Stiel, 2 cm breit, leicht blutend.	**Moure,** revue de lar. 1887. ref. Dupond, p. 17.	papulöses Exanthem
27 (130)	1		25 J.	? Finger Ueberträger (?)	an d. knorpeligen Septum links Tumor, der d. Nasenlumen obturiert	**Moure,** revue de lar. etc. 1892, 13. ref. Le Bart, p. 82. ref. Deutsche med. Wochenschrift 93, p. 1195.	plaques muqueus. Roseola

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
28 (131)		1	28 J.	?	am Septum rechts Ulceration, Schwellung der Nase, Obturation des Nasenlochs	**Nettleship,** Brit. med. journ. 75. t. 2. p. 363. ref. Brunon, p. 16.	Sekundärerschein.
29 (132)	1		22 J.	?	multipler P.-A. d. Oberlippe, auf Kopf, Stirn, Nasenseptum, recht. Hüfte, linker Lende, linkem Bein; je erbsengrosser Tumor	**Pringle,** London. Derm. Gesellsch. 13. 10. 97. ref. Dermat. Centralblatt I. 98. p. 381.	makulopapulöses Syphilid
30 (133)		1	29jähr. Arbeitersfrau	von ihrem eigenen, gleichfalls extragen. infizierten Knaben angesteckt	am vorderen, unteren Teil des knorpeligen Septums rechts erbsengrosses, leicht vertieftes tellerförmiges, glattrandiges, blutig-intingiert., eiterndes Geschwür	**Rosenquist,** Wratsch 1899, Nr. 9. ref. Derm. Centralbl. 1900, p. 337.	
31 (134)		1	24jähr. Frau	?	auf der linken Fläche des Septums, unten vorn an d. cartilago quadrangularis eine kleine ulcerierte ovale Erhebung mit Kruste, nach deren Entfernung eine blutige indurierte Ulceration sichtbar wird. Entstellung der Nase, schwerste subjektive Symptome	**Rueda,** revue de laryng. 15. 2. 95. ref. Brunon, p. 44.	
32 (135)	1		14 J.	?	rechte Fläche des Septums	**Schwimmer,** Derm. Gesellsch., Budapest 19. 11. 96.	
33 (136)	1		stud. med.	?	in der Nasenhöhle rechts unten am Septum Geschwür mit aufgeworfenen, leicht blutenden Rändern	**Seifert,** Würzburg 1895 (erste Veröffentlich.)	Roseola.

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
34 (137)	1		—	?	Septum	**Wechselmann,** Bulgar. dermat. Gesellsch. 5. VII. 04.	
35 (138)		1	21jähr. Frau	hatte die Gewohnh. i. Scherz ihre Finger in d. Mund ihres Gatten zu stecken, der syph. Papeln an den Mandeln hatte Ausserdem pflegte sie mit d. Fing. in der Nase zu bohren.	Am rechten Naseneingang, an d. cartilago quadrangularis eine grau-weissliche Masse (Pseudomembran) bis hinauf zum Septum; nach deren Entfernung speckige indurierte Ulceration, die leicht blutet.	**Yeriwant,** Arch. ital. di Laryng. anno VII. 1894. ref. Brunon, p. 42.	Roseola Allgem.-Erschein., Abort

IX. Untere Muschel.

1 (139)	1		7 J.	hat sich Fremdkörper in d. Nase gesteckt	linke untere Muschel	**Brunon,** Journ. de mal. cut. et syph. III. 04. ref. revue de laryng. 12. 04.	Exanthem
2 (140)	1		42 J.	?	linke untere Muschel	**David,** Soc. franç. de D. et S. 9. 12. 01.	Diagnose erst klar nach Auftreten von Roseola

X. Mittlere Muschel.

1 (141)	1		30 J.	durch Schnupftabak (?)	an der rechten mittleren Muschel Ulceration mit gelblich-schmierig. Belag.	**Jacobi,** Dermatol. Centralbl. I. 98. p. 232. ref. Ebner, p. 16.	Später: Roseola.

XI. Choanen. (?)

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
1 (142)	1		58 J.	Katheter. der tuba Eustach.	hinterer Teil der Nasenhöhle [Choanen (?)]	**Lancereaux** (1886) ref. Dupond, p. 21.	papulöses Exanthem
2 (143)		1	72 J.	Katheter. der tuba Eustach.	hinterer Teil der Nasenhöhle (?) Nasopharyngealkatarrh	**Moure,** ref. Dupond, p. 22.	Syphilis gravis: Tod

XII. Nasenhöhle (ohne nähere Angaben).

1 (144)		1	alte Frau	hatte die Gewohnh., mit d. Fing. die Nase ihrer Enkelk. abzuwischen	Nasenhöhle (Nasenloch ?)	**Atkinson** (Baltimore), Maryland. med. Journ. 83—84. X, p. 2. ref. Bulkley, p. 246	
2 (145)		1	45jähr. Haushält.	?	in der Nasenhöhle (unt. Rand des Septums ?) beiderseits Geschwür m. indurierten Rändern.	**Eudlitz,** Annal d. Derm. 95, p. 124.	papulöses Syphilid
3 (146)			—	?	Nasenschleimhaut	**Fournier,** Journ. de méd. et chir.. prat. 1895, p. 170. ref. Jahresberichte über d. Leist. d. Med. 95. II, p. 568.	
4 (147)			—	?	Nasenschleimhaut	**Fournier,** ref. A. Martin, Paris 1863, ref. Dupond, p 12.	
5 (148)			29jähr. Person	?	Nasenschleimhaut (Septum ?)	**Fournier,** Union med. 2. III. 1858. ref. Le Bart, p. 59.	Roseola Allgem.-Erschein.

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
6, 7 (149) (150)			—	?	2 Fälle von P.-A. der Nasenhöhle.	**Garel,** Soc. franç d'otol, de rhin etc. Paris 1895. (ref. Jahresb. üb. d. Leist. d. Med. 1895, p. 568.)	
8 (151)	1		—	hatte Fremdkörp. im Auge, ein Freund drehte Zigarettenpap. zusammen, befeuchtete m. Speichel und wischte den Fremdkörper aus.	Nasenhöhle, gleichzeitig die Conjunktiva.	**Gellé,** Arch. intern de Laryng. 2. 1904.	
9, 10 (152) (153)	2		Typograph.	gemeins. Benutz. v. Tabaksdose	Eingang der Nasenhöhle auf d. Seite des Septums (2 Fälle)	**Higguet,** ref. Le Bart. p 83. ref. Deutsche med. Wochenschr. 93, p. 1010.	
11-12 (154) (155)			—	?	mehrere P.-A. in der Nase	**Kuhn,** Deutsche med. Wochenschr. 1896 Vereinsbeilage, p. 35.	
13 (156)			—	?	primär syphilitisches Geschwür der Nasenschleimhaut	**Nettleship,** Dict de prat. méd. Paris 1883.	
14 (157)		1	Junges Mädchen	?	in der Nasenhöhle (Septum nahe dem Naseneingang ?) $^1/_2$ Markstückgrosse, gerötete Ulceration vom Typus eines „ulcus elevatum". Verstopfung der Nase	**Poncet,** Soc. de Science méd. de Lyon Nov. 1880. ref. Annal. de Derm. 1881, p. 115.	Allgem.-Erschein.. Papeln, plaques muqueus.

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
15 (58)	1		—	benutzte im Spital einen Gegenstand gemeinsam mit einem Syphilit.	Nasenschleimhaut	**Rasori,** Gaz. degli ospitali 1885. ref. Dupoud, p. 14. ref. Centralbl. f. Laryng. (1884—85).	
16 (59)			—	?	Nasenhöhle	**Rosa,** Gaz. degli osped. 17. 4. 04.	
17 (60)			—	?	Erysipelartige Schwellung der Nasenschleimhaut mit centraler Ulceration u. rotem Hof	**Thibierge,** ref. Derm. Zeitschr. III. 1896, p. 115.	

XIII. Nase (ohne nähere Angabe).

1 (61)			—	?	Nase	**Aubert,** Lyon. Hosp. de l'Antiquaille. ref. Stourme, Lyon 1889. ref. Bulkley, p. 246	
2 (62)			—	?	Nase	**Balzer,** Soc. franç. de D. et S. 9. 12. 01. ref. Int. Centralbl. f. Lar. u Rhinol. 1901, p. 443.	Different.-Diagn.: Lupus. Später: Sekundäre Erschein.
3 (63)			—	?	Nase	**Bonnet** (Lyon) ref. Rollet, Traité d. mal. vén. 1866, p. 693. ref. Bulkley, p. 257	
4 (64)	1		22 J.	durch Biss	Nase	**Brinton** (Baltimore), Arch. of. Derm. 78, p. 217. ref. Bulkley, p. 260.	

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
5, 6 (165) (166)			—	?	2 Fälle v. P.-A. d. Nase	**Collinet,** Bull. de laryng. 2. 1901.	
7—9 (167—169)			—	?	3 Fälle v. P.-A. d. Nase	**Clerc** (Paris), St Lazarre-Statistik (Traité d. mal. vén. 1866) ref. Bulkley, p. 270	
10 (170)			—	?	Nase	**Cooper,** ref. Arch f. D. u. S. 25. p. 888.	
11 (171)	1		Mann	?	Nase	**Cozzolino,** gaz. degli osp. Jan. 89, p. 4. ref. Arch. f. Derm. u. Syph. 40 (1897) p. 221.	
12 (172)		1	Frau	?	Nase	„ „ „ (vgl. auch revue de lar. 9. 1895. p. 394).	
13 (173)		1	Prostituierte	?	Nase	„ „ „	
14 (174)			—	?	Nase	**van Dugteren** u. **van Walsem,** Mitteilungen aus der Klinik etc. Haarlem 1889. ref. Bulkley, p. 378	
15 (175)			—	?	Nase	**Finger,** d. Syphilis u. d. vener. Krankh. Wien 1886. ref, Bulkley, p. 286	

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Form und Sitz des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
16 (76)			Kind 3 Mt. alt	durch Kuss	Nase	**Feulard,** Frankreich Soc. franç. 19. IV. 95. ref. Arch. f. D. u. S. 40, p. 223.	
17 (77)			—	?	Nase	**Fournier,** Syphil. et mariage, Paris 80, p, 231. ref. Bulkley, p. 288	
18 (78)		1	11 Mt. alt	?	Nase	**Fournier,** Musée St. Louis Nr. 355, 7. VII. 79 ref. Le Bart, p. 49.	
19 (79)			—	?	Nase	**Fournier,** ref. A. Martin, Paris 1863. ref. Dupond, p. 12.	
20 (80)			Kind	durch Mutter infiziert	Nase	**Fournier** (im Juni 1887), Annal. de Derm. et Syph. 1888. ref. Le Bart, p. 16.	
21 (81)	1		Schmied	?	Nase	**Fournier** (im Sept. 1887.) ref. Le Bart, p. 21.	Roseola
22 (82)			—	?	Auf der Nase und der Nasolabialfalte gleichzeitig	**Fournier,** ref Dupond, p. 13.	
23 (83)		1	63 J.	?	Nase	**Gaucher,** Monatsh. f. prakt. Derm. 39 (1904) p. 108.	
24-27 (84-187)			—	?	4 Fälle von primärer Nasensyphilis	**Gay,** Lectur. on syph. etc. Kasan. III ed. 88. ref. Bulkley, p. 293 ref. Arch. f. D. u. S. 1890, p. 501.	

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
28 (188)			—	?	Nase, Induration der Umgebung bis zur Wange	**Gaylleton,** Soc. nat. de méd. de Lyon, 23. 11. 1901. (ref. Int. Centralbl. f. L. u. R. 01, p. 443.	Diff.-Diagnose Rhinosklerom
29 (189)			—	?	Nase	**Guérin,** 1870, Musée St. Louis Nr. 198. ref. Le Bart, p. 47.	
30 (190)			—	?	Nase	**Hallepeau,** 1888; Musée St. Louis Nr. 1372. ref. Le Bart, p. 46.	
31-32 (191-192)			—	?	Nase (2 Fälle)	**Harrison-Griffin,** New-York. med. Journal 1896, p. 668 (ref. Annal. de Derm. 1897, p. 692.)	
33 (193)			—	?	Nase	**Hecquet,** ref. Le Bart, p. 11.	
34-38 (194-198)			—	durch Kratzen m. unrein. Finger	5 Fälle v. P.-A. der Nase	**Hillairet,** soc. de science méd. de Lyon. nov. 80. ref. Le Bart, p. 21.	
39 (199)	1		12 J.	durch syphilit. Diener infiziert	Nase	**Hoffmann** (1739) ref. Sendziak, Monatsh. f. Ohrenheilk. 1900, p. 423.	
40 (200)	1		Mann	?	Nase	**Joseph,** Dermatol. Zeitschr. 95. II, p. 651.	
41-42 (201-202)			—	?	2 Fälle von P.-A. der Nase	**Klink** (Warschau 1880) ref. Bulkley, p. 312	

Nr.	Geschl. m.	w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
43 (203)			—	?	Nase	**Lavergne et Perrin,** ref. Annal. d. D. 1889, p. 333.	
44-45 (204-205)			—	?	2 Fälle von primärer Syphilis u. Tuberkulose der Nase gleichzeitig	**Lustgarten,** Arch f Dermatol. u. Syphil. 50 (1899)	
46-47 (206-207)			—	?	2 Fälle von P.-A. der Nase	**Morel-Lavallée,** (aus d. Klinik Fourniers) Annal. d. D. 88, p. 375—82.	
48 (208)			Kind unter $2^1/_2$ Jahren	?	Nase	**Nivet,** Thèse de Paris 1887, p. 80.	
49 (209)	1		18jähr. Kärner (verh.)	?	Nase	**Noman, van Harren,** Mitteil. aus d. Klinik f. Hautkr. etc. zu Amsterdam, p. 109.	
50 (210)			—	?	Auf der rechten Seite der Nase eine mehr als 2 cm grosse abgerundete Ulceration, Basis induriert, Ränder erhöht	**Pairse,** Annales de la soc. méd. chirurg. Anvers. Aug. — Okt. 1899.	
51-52 (211-212)			—	?	2 Fälle von P.-A. der Nase	**Pavlow** (Moskau) Med. Obozr. 90 No 1, p. 12. ref. Bulkley, p. 342 ref. Arch f. D. u. S. 91, p. 327.	
53 (213)	1		Mann	durch Kratzen m. unrein. Finger	Nase	**Poncet,** soc. de scienc. méd. de Lyon Nov. 1880 ref. Le Bart, p. 21.	

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
54 (214)		1	Frau	?	Nase	**Prewitti,** St. Louis Courier of Méd. 81, p. 308. ref. Bulkley, p. 350	
55 (215)			Neugeboren.	durch syphilit. Mutter bei Geburt infiziert	Nase	**Profeta** (Jullien, mal. vén. 2. éd., p. 502.) ref. Le Bart, p. 22.	
56 (216)			—	?	Nase	**Ricord,** Leçons sur le chancre 1858 ref. Brunon, p. 14.	
57 (217)			—	?	3 persönlich beobachtete Fälle, davon 2 mitgeteilt (Nasenspitze u. Naseneingang)	**Rollet,** 1865, mal. vén. ref. Brunon, p. 14.	
58 (218)			—	?	2 Fälle von P.-A. der Nase; davon einer erwähnt (Nasenflügel)	**Sendziak,** Monatsh. f. Ohrenheilk. 1900, p. 423.	
59 (219)			—	?	Nase	**Sigmund,** Karl von, Wien. med. Wochenschrift 1865, p. 1430. ref. Bulkley. p. 365	
60 (220)			—	?	Nase	**Tarnowsky,** Petersburg, personal communie 1892. ref. Bulkley, p. 372	
61 (221)			—	?	Nase	**Tschistiakow,** ref. Archiv f. Derm. u. Syphil. 1889. p. 254.	

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
62 (222)			—	?	Nase	**Vigner,** ref. Arch. f. D. u. S. 23, p. 326.	
63 (223)	1		Mann	?	Nase und Oberlippe	**Vigner,** Thèse de Paris 1888. (service de Mauriae) ref. Bulkley, p. 380	
64 (224)			—	Biss durch Syphilitiker	Nase	**Zabolowsky,** ref. Arch. f. D. u. S. 36. (1896), p. 287.	

Nachtrag.

18 (225)					Nasenschleimhaut.	**Chapuis,** Lyon. med. 29. Juli 94. ref. Ebner, p. 45. ref. J. C. f. Lar. XI. p. 398.	

Nachträge zur Tabelle.

Zu V. Nasenflügel.

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
38 (226)					Nasenflügel	**Haslund,** Jahresber. 1894	
39 (227)					Nasenflügel	**Hobbs u. Bousquels** Intern. Centralbl. f. Laryng. 1897, p. 63.	
40 (228)					rechte Seite der Nase	**Pairier,** Int. Centr. f. Lar. 1900, p. 169.	

Zu VIII. Nasenseptum.

36 (229)					Septum	**Dieu,** Ann. méd. etc. 24. 1905.	
37 (230)	1				am Septum, auf der linken Fläche	**Dieu,** revue de lar. 47. 1905, p. 663.	Allgem.-Erschein.
38 (231)					sarkomähnlich; am Septum	**Lermoyez,** Ann. des mal. d'or. 12. 1898.	

Zu IX. Untere Muschel.

3 (232)	1				untere Muschel	**Ehrmann,** Aerztl. Centralztg. 45 1900.	Allgem.-Erschein.

Zu XII. Nasenhöhle.

19 (233)					tumorartig, für Sarkom angesehen, bis kurz vor der Operation die Roseola zur Diagnose führte	**Blanc** u. **Foussie,** Journ. de med. cut. et syph. 5. 1898.	Roseola.
20 (234)					Nasenhöhle	**Haslund,** Derm. Centr. 1901. Bd. III. p. 337.	

Zu XIII. Nase (ohne nähere Angabe).

Nr.	Geschl. m.	Geschl. w.	Alter u. Beschäft.	Art der Infektion	Sitz und Form des Primäraffekts	Litteraturangabe	Bemerk.
65 (235)					Nase	**Ascher,** Monatsh. f. pr. Derm. 25, p. 127.	
66 (236)					Nase	**Aysagner,** revue de lar. 42. 1899, p. 491.	
67 (237)					Nase	**Bottermund,** ther. Mh. III. 1900, p. 134.	
68 (238)					Nase	**Burwirbel,** Deutsch. m. Wochenschr. 1898.	
69 (239)					Nase	**Brunon,** Int. Centr. f. Lar. 5. 96, p. 208.	
70 (240)					Nase	**Duporst,** Int. Centr. f. Lar. IV. p. 345.	
71 (241)					Nase	**Fink,** Bresg. Sanili, Bd. II. Heft 2 u. 3.	
72 (242)					Nase	**Fink,** Wirk. d. Syph. d. ob. Luftwege 1896.	
73 (243)					Nase	**Justus,** Monatsh. f. pr. Derm. 25, p. 127.	
74 (244)					Nase	**Kenefich,** Monatsh. f. pr. Derm. 27. p. 574 Int. Centr. f. Lar. 98, p. 531.	
75 (245)					Nase	**Kohn,** New-Y. med. Journ. 27. III. 1897. ref. rev. d. lar. 98 p. 25	
76 (246)		1	10 J.		Nase	**Lang,** Arch. f. Derm. u. Syph. 53. Bd. p. 100	
77 (247)					Nase	**Lermoyez,** Münch. med. Wochenschr. 4. 1899, p. 126.	
78 (248)					Nase	**Matlack,** rev. de lar. 10. 1897, p. 295. ref. Int. Centr. f. Lar. 97, p. 287.	
79 (249)					Nase	**Milligan,** brit. lar. Assoc. 25. III. 92.	

Autoren-Verzeichnis.

(Die eingeklammerten Zahlen geben die Nummer der Fälle an).

Aerztliche Centralzeitung (104), Allen (105), Arning (70), Ascher (235), Atkinson (144), Aubert (161), d'Aulnay (106), Aysagner (236).

Balzer (13; 162), Baumès (71), Biek (107), Bierchen (72), Biett (73), Blanc u. Foussie (233), Bloch (30), Bonnet (163), Bottermund (237), Boulangier (31), Brinton (164), Brunon (139; 239), Bulkley (74; 108), Burwirbel (238).

Calamida (109), Caramitti (26), Carle 110, Charty Mac (75), Chapuis (76, 225), Cimmino (77, 111), Clerc (112, 167–169), Collinet (113, 114, 165, 166), Cooper (32, 170), Cozzolino (171—173), Cutter (78).

David (140), Dieu (229, 230), Dugteren, van, u. van Walsem (174), Duporst (240).

Ehrmann (33, 232), Eudlitz (145).

Feulard (176), Finger (175), (Fink (241, 242), Fournier (67, 79—82; 146—148; 177—182), Frank (117), Freudenthal (115—116), Fröhlich (34).

Garel (118—121, 149—150), Gaucheri (183), Gay (184—187), Gayle (83), Gaylleton (188), Gelée (151), Gemy (122), Gerber (35), Gibier (123), Glas (14), Glück (27), Gosselin (84), Griffin (36), Grön (1), Guérin (189), Guignard (37).

Hahn (15, 38), Hallepeau (2, 190), Hardy (85), Harrison-Griffin (191—192), Haslund (226, 234), Healy (7), Hecquet (193), Heindl (86), Heisler (87), Higguet (152—153), Hillairet (194—198), Hoobs u. Bousquels (227), Hoffmann (199), Hulot (16; 39—40; 68.)

Jacobi (141), Jakson (124), Joseph (200), Jullien (8, 69, 88), Justus (243).

Kenefich (244), Klink (201—202), Kohn (245), Krelling (41), Kuhn (154—155).

Lailler (42, 89), Lancereaux (142), Lang (246), Lanz (17, 43—44), Laurent (18, 3), Lavergne und Perrin (203), Lermoyez (231, 247), Lusitanus (90), Lustgarten (125, 204—205). Lutati (45).

Marfan (126), Martin (46), Martin, Carrier et Bureaux (47—52), Matlak (248), Matzenauer (19), Mauriac (53), Mendel (91), Milligan (92, 249), Moreira (93), Morel-Lavallée (94, 127, 206—207), Morrow (4), Moure (95, 128—130, 143).

Nettleship (131, 156), Neuhaus (9), Neumann (20, 54—57), Nivet (58, 208), Nodet (96), Noman, van Harren (209).

Pairier (228), Pairse (210), Pallizari (10), Pavlow (211—212), Poncet (157, 213), Pospelow (59), Prewitti (214), Pringle (132), Profeta (215), Puche (28).

Quinquand u. Nicolle (29).

Rasori (60, 158), Reboul (97—98), Ricord (216), Rippault (99), Rollet (21, 100, 217), Romanowski (5), Rosa (159), Rosenquist (61, 133), Roth (33, 101), Rueda (134).

Schwimmer (135), Seifert (136), Sendziak (63, 218), Sherwell (22—23), Shiwalt (24), Sigmund (219), Snowball (64), Spencer Watson (102), Speransky (11), Spillmann und Etienne (65), Stiebel (12).

Tarnowsky (220), Taylor (25, 66), Thibierge (103, 160), Tschistiakow (221).

Viguer (222—223). — Wechselmann (137), Weil (6).

Yeriwant (138). — Zabolowsky (224).

Resumée.

Betrachten wir die vorhergehende Übersichtstabelle mit Rücksicht auf Geschlecht und Alter der Patienten, so finden wir folgendes:

1. Von den 249 Fällen findet sich in 119 Fällen das Geschlecht angegeben, und zwar sind es

79 männliche Patienten, d. i. 66,4% der Fälle, und nur
40 weibliche „ d. i. 33,6% „ „

Es ist hiermit, wie durch andere Beobachtungen, erwiesen, dass im Gegensatz zu der extragenitalen Syphilisinfektion im Allgemeinen der Primäraffekt der Nase häufiger bei Männern vorkommt als bei Frauen, ja sogar doppelt so oft.

2. Was das Alter angeht, so findet sich dasselbe in 78 Fällen angegeben, davon fallen auf das Alter von

0—14	Jahre	13	Fälle,	d. i. 16,4%
15—30	„	37	„	d. i. 47,4%
31—50	„	20	„	d. i. 25,6%
üb. 50	„	8	„	d. i. 10,6%

also im jugendlichen Alter allein fast die Hälfte aller Fälle.

3. Die Varietäten der Entstehung s. unter dem betreffenden Abschnitte.

E. Prognose.

Zum Schluss meiner Arbeit will ich auf die Prognose der extragenitalen Syphilisinfektion etwas näher eingehen und die Ansichten der Autoren einander gegenüberstellen.

Die Prognose der extragenitalen Lues wurde nämlich in den letzten Jahren sehr viel diskutiert. Die sichere Beobachtung von Fällen schwerer Syphilis im Anschluss an extragenitale Sklerose erweckte vielfach die Anschauung, dass ein bestimmter Causalnexus zwischen dem Sitze des Initialaffektes und der Schwere der nachfolgenden Lues bestehen müsse. Einzelne Autoren glaubten diesen Zusammenhang sicher annehmen zu müssen, einige haben sogar Theorien zur Erklärung eines solchen Zusammenhanges, den sie für erwiesen ansahen, aufgestellt.[1]) So haben van Dugteren und van Walsem[2]) über diesen Punkt folgendes veröffent-

---

Anmerkung: Ich habe mich in vorliegender Arbeit bemüht, alle bis jetzt veröffentlichten Fälle zu sammeln; gleichwohl dürfte vielleicht die Liste keinen Anspruch auf absolute Genauigkeit machen, da mir das Meiste nur im Referat, einiges überhaupt nicht zugängig war. Fälle doppelt anzuführen, habe ich nach Möglichkeit zu vermeiden gesucht.

[1]) Münchheimer, Archiv f. Derm. u. Syphil. 40 (1897) p. 213.

[2]) Mitteilungen aus d. Klinik f. Haut- u. vener. Krankh. v. Prof. Dr. van Haren Noman in Amsterdam. Haarlem 1889, pag. 118 u. f. (ref. Arch. f. D. u. S. 1889, p. 841.)

licht: „Es ist von uns zu wiederholten Malen beobachtet, und es wird noch jedesmal wieder bestätigt, dass die Syphilis bei der extragenitalen Infektion einen heftigeren, schwereren Verlauf hat, als bei der genitalen. Beispiele von besonders heftigem Verlauf sind in Menge in der Litteratur beschrieben, Berichte, die stets den ernsten Verlauf hervorheben, jedoch nie zu weiteren Betrachtungen Anlass geben.

Um deutlich zu sein, wollen wir eben hervorheben, dass es nicht unsere Absicht ist, zu behaupten, dass extragenital acquirierte Lues immer mit heftigen Erscheinungen verläuft, wohl jedoch, dass dabei die Erscheinungen durchschnittlich heftiger sind als bei der genital acquirierten. Das Mittel ist eine Syphilis mit ziemlich heftigen Symptomen. Bei manchen extragenital Infizierten verläuft die Krankheit mit sehr leichten Erscheinungen, ebenso wie dies so oft bei genital Infizierten gesehen wird.“ —

Die schweren Erscheinungen suchen die beiden Autoren folgendermassen zu erklären: „Wenn wir der Geschichte nachgehen, insoweit sie uns zuverlässige Berichte liefert, so finden wir verzeichnet, dass, wenn Syphilis in eine Gegend verpflanzt wird, wo sie bis dahin nicht war, die Form, unter der sie verlief, sehr heftig war. Belege dafür sind nicht selten. Es entsteht, das ist eine Tatsache, im Laufe der Zeit bei Menschen, bei denen die Lues schon wütete, eine allgemeine Unempfindlichkeit, die Intensität der Syphilis nimmt da ab. Nun können wir uns vorstellen, dass, ebenso wie der allgemeine Organismus dies einigermassen tut, das Genitalgewebe in stärkerem Grade Immunität für das Syphilisvirus erhielt, und dass dieses letztere also, wenn es extragenital in den Körper eintritt, einen besseren Boden für seine Entwickelung findet. Der Genitalapparat dürfte die grosse Unempfindlichkeit dem Umstande verdanken, dass das virus syphilit, weil zum grössten Teile stets zuerst auf das Genitalgewebe einwirkend, daselbst eine Modifikation des Gewebes veranlasst hatte. Infolgedessen wird eine konstitutionelle Syphilis, die auf einen extragenitalen Primäraffekt folgt, einen bösartigen Charakter annehmen können.“

Eine andere Erklärung[1]) gibt Ory, dass nämlich häufig durch abnormen Sitz der Sklerose die Ernährung behindert und dadurch der Allgemeinzustand des Patienten ein schlechter würde, wobei er hauptsächlich an die Lokalisation im Bereich des Mundes denkt. Dagegen spricht aber — um einen prägnanten Fall anzuführen — neben ähnlichen Beobachtungen Lessers; dass Iven in einem Falle von Syphilis maligna nach Acquirierung einer Sklerose an der Oberlippe (Patientin machte in 15 Monaten sämtliche Stadien der konstitutionellen Syphilis durch) nachwies, dass bei der Patientin seit ihrer Aufnahme eine stetige Gewichtszunahme zu konstatieren war, obwohl der Primäraffekt noch in Blüte stand.

Oder es wird die Anschauung vertreten, dass z. B. die Sklerose an der Lippenschleimhaut zu viel gefährlicheren Zufällen Anlass gebe, weil infolge der Feinheit des Epithels der Lippe das Gift leichter als an andern Stellen zum Rete Malpighii gelange, um von hier aus seine Zerstörungen zu verbreiten. Manche Syphilidologen gar vindicieren der konstitutionellen Lues bei extragenitaler Sklerose deshalb einen schwereren Verlauf, weil die Efflorescenzen mehr Neigung zum Zerfall und zum raschen Weiterschreiten hätten.

Es ist ja in der Tat nicht zu leugnen, dass es eine Anzahl von Autoren gibt, die extragenital entstandene Syphilisfälle mit schweren Symptomen beobachtet haben. So berichtet Krefting, dass ein verhältnismässig grosser Teil der von ihm beobachteten extragenital infizierten Personen schwere Syphilisformen mit starken Exanthemausbrüchen und Iritiden gezeigt habe, und dass besonders Brustdrüsen- und Lippeninfektionen bei Erwachsenen zu schwerer Syphilis mit verhältnismässig späten Recidiven Anlass gegeben zu haben schienen. Eichhorst gibt in seinem Handbuche bei der Besprechung der für die Ärzte und das Heilpersonal bestehenden Gefahr, sich extragenital zu infizieren, der Meinung Ausdruck, dass derartige Infektionen sich „vielleicht auch wegen der Besonderheit des Infektionsmodus durch schwerere Erscheinungen verraten."

[1]) S. Stiebel, p. 66.

Diesen Anschauungen nun treten andere Autoren in der energischsten Weise entgegen. Vor allem findet die Hypothese van Dughteren und van Walsem, durch Protzek[1]) eine entschiedene Widerlegung. Er schreibt:

„Diese Hypothese ist unserer Ansicht nach völlig unhaltbar und durch nichts zu beweisen. Eine solche lokale Immunität eines einzelnen Organs den übrigen Körperteilen gegenüber kennen wir bisher nicht. Wenn dem Körper ein gewisser Grad von Immunität zukommt, so ist dieselbe in allen Teilen gleichmässig vorhanden, nicht in einem Organe mehr, im anderen weniger. Wenn extragenitale Infektionen wirklich schwerer sind, wofür übrigens die in hiesiger (Breslauer) Klinik beobachteten Fälle keineswegs sprechen, so kann dies daran liegen, dass dieselben noch häufig verkannt werden und zu spät in geeignete Behandlung kommen. Übrigens gibt es auch unter den genitalen Infektionen Fälle genug, welche aus irgend welchen Gründen, jedenfalls individueller Natur einen schwereren Verlauf haben. Es kann daher nicht wunderbar erscheinen, wenn auch unter den extragenitalen Infektionen solche Fälle vorkommen. Dass bei letzteren die schweren Fälle häufiger auftreten, würde übrigens nur an der Hand eines grossen Materials zu beweisen sein. Das Zitieren einzelner Beobachtungen ist kein genügender Beweis, da sich diesen mit Leichtigkeit ebenso viele schwere genitale Infektionen gegenüberstellen lassen."

Eine solche Gegenüberstellung hat Fournier[2]) an der Hand seines Riesenmaterials gemacht, indem er eine grosse Zahl von Fällen der drei Gattungen von Syphiliden, welche wir als Beweise eines schlechten Verlaufs der Lues ansehen, auf ihre Abstammung von genitaler oder von extragenitaler Infektion geprüft hat.. Das Resultat dieser Untersuchung, deren Richtigkeit wohl nicht anzuzweifeln ist, und die den einzigen rationellen Weg zur Lösung der Frage, nämlich die

[1]) Breslau 1890, p. 37.

[2]) Fournier. prognostic de la Syphil. issue des chancres extragenitaux. La Sem. méd. XV. 1895. Nr. 60, p. 513. (ref. Arch. f. D. u. S. 40. (1897), p. 214.)

Feststellung des Tatbestandes durch ein grosses Material, einschlägt, dürfte aus folgender tabellarischer Zusammenstellung am besten ersichtlich sein.

	Gesamtzahl der Fälle	dav. genit. Ursprungs		extragen. Ursprungs	
		absolut	%	absolut	%
Tertiäre Syphilis	1200	1125	93,75	75	6,25
Syphilis maligna	242	223	92,1	19	7,9
Cerebrale Lues	707	676	95,1	31	5,9
Summa	2149	2024	94,62	125	5,38

Somit waren in dem Beobachtungsmaterial Fourniers von 2149 Fällen ungünstig verlaufener Syphilis nur 5,38% auf extragenitale Sklerose gefolgt.

Nach Fourniers Aufzeichnungen betragen die extragenitalen Primäraffekte 6—7% der genitalen, ja er glaubt, dass, wenn er die diagnostische Erfahrung, die ihm damals zu Gebote stand, bereits im Beginn seiner Aufzeichnungen gehabt hätte, deren Prozentsatz 7—8 betragen würde. Es entspricht somit in Fourniers Material der Prozentsatz der schweren Syphilide nach extragenitaler Infektion ungefähr der Prozentzahl der extragenitalen Infektion überhaupt. Wenn nun nach einzelnen Schankern besonders häufig ein schwerer Verlauf der Syphilis zur Beobachtung gelangt, wie dies bei Sklerosen an der Tonsille, der Mamma, den Fingern und bei der vaccinalen Syphilis der Fall ist, so ist das durch äussere Verhältnisse bedingt: Bei den Tonsillenschankern durch die sekundäre Infektion mit Eitererregern, welche, eine acute Infektionskrankheit zu der Zeit setzend, in welcher der Organismus den Kampf gegen die Syphilis aufzunehmen hat,

die allgemeinen Körperkräfte schwächt. Beim Schanker an der Mamma wird die Syphilis dadurch schwerer, dass sie Personen befällt, welche nach einer schwächenden Gravidität das den Organismus anstrengende Saugegeschäft ausüben und zwar oft unter elenden äusseren Verhältnissen. Die Sklerosen an den Fingern und Händen betreffen in der Mehrzahl der Fälle Ärzte, also Personen, die zugleich einen anstrengenden Beruf ausüben, wegen der genauen Kenntnis der schweren Folgen, welche sich an diese Affektionen schliessen können, moralisch deprimiert sind, und die ausserdem erfahrungsgemäss diese wie alle anderen Krankeiten bei sich selbst am schlechtesten behandeln. Für den ungünstigen Verlauf, den die vaccinale Syphilis bisweilen nimmt, führt Fournier an, dass bei manchen von schweren Syphiliden gefolgten Vaccinations-Epidemien z. B. in Morbiban konstatiert wurde, dass die Infizierten unter sehr schlechten äusseren Verhältnissen lebten.

Neumann[1]) spricht folgende Ansicht aus: Wie bei der genitalen ist auch bei der extragenitalen Syphilisinfektion ceteris paribus der Zeitpunkt und die Exaktheit der spezifischen Behandlung der entscheidende Faktor in der Entstehung der tertiären Syphilis. Sofern bei der extragenitalen Sklerose infolge Unkenntnis oder Verkennung die spezifische Behandlung häufiger unterbleibt oder erst spät einsetzt, werden nach ihr relativ häufiger tertiäre Syphilide eintreten. Im allgemeinen also sind die Bedingungen der Entstehung tertiärer Erscheinungen die gleichen wie beim genitalen Primäraffekt. Es scheint jedoch, dass die extragenitale Syphilisinfektion zur Entstehung schwerer Sekundärformen disponiert. Viele Kranke, die auf extragenitalem Wege die Syphilis acquirieren, zeigen oft Formen schwerer universeller Exantheme. Es kann auch geschehen, dass durch den Sitz der Sklerose an exponierten Stellen eine Mischinfektion mit eitererregenden Coccen zustande kommt, die sich nicht nur in lokaler Eiterung äussert, sondern zu pyämieähnlichen Prozessen führt.

[1]) Wiener klin. Wochenschr. 1902, Nr. 39.

Baum[1]) hält nach den Beobachtungen in der Universitätsklinik des Prof. Pick in Prag, von Broich nach den in der Klinik des Prof. Doutrepont in Bonn gewonnenen Eindrücken die extragenitale Infektionen nicht für schwerer, als die auf genitalem Wege erworbenen, während Hutchinson ausdrücklich erklärt: „Es ist vollständig gleichgültig, an welchem Teile des Körpers die Ansteckung erfolgt, denn die Syphilis ist ein und dieselbe Krankheit und wird in ihrem Verlaufe nur durch die angeborenen, individuellen Eigentümlichkeiten der Person, welche dieselbe acquiriert, und durch die eingeschlagene Therapie beeinflusst," und an anderer Stelle sagt: „Vielfach ist unter den Ärzten noch die Meinung verbreitet, dass die extragenitalen Schanker eine heftigere Allgemeinerkrankung im Gefolge haben als diejenigen, welche an den Genitalorganen gesessen hatten. Ich für meinen Teil glaube dies nicht, sondern bin vielmehr der Meinung, dass die Syphilis, wenn sie einmal entsteht, auch immer dieselbe Krankheit bleibt, dass sie bei verschiedenen Individuen verschieden stark auftreten kann, ist natürlich absolut unzweifelhaft, mit der Lokalisationsstelle hat dies aber entschieden nichts zu tun."

Ähnlich schreibt Lesser: Der Ort des Primäraffektes ist für den weiteren Verlauf völlig irrelevant, die Annahme, dass die Lage der Eingangspforte des Giftes an diesen und jenen Körperstellen von irgend einer Bedeutung in dieser Hinsicht sein sollte, ist mit unseren allgemeinen Ansichten nicht vereinbar.

Haslund[2]) findet, dass der Verlauf der extragenitalen Sklerose nicht wesentlich anders ist, als bei der genitalen Infektion. Joseph[3]) ist auch dieser Ansicht und hält die extragenitale Infektion nicht für schwerer als die genitale. Und in gleicher Weise äussert sich auch Grön [Christiania][4]):

[1]) Vgl. Stiebel, Würzburg 95, p. 67.

[2]) Haslund, Hospitalstidende 1899, Nr. 3—5. (ref. Dermat. Centralbl., 1900, p. 337.

[3]) Dermatol. Zeitschrift 1895, II. p. 651.

[4]) Dermatol. Centralbl. I. 98. p. 162.

„Die extragenitale Infektion hat keinen Einfluss auf die Malignität der Syphilis. Von 628 von mir gesammelten Fällen von extragenital entstandenen Syphilisfällen haben nur 72 bezw. 11,04% gummöse Affektionen bekommen, und diese treten nicht schneller ein als bei der gewöhnlichen Lues.

Auch Sendziak[1]) findet bei einem Material von 3767 Fällen die Prognose nicht ungünstig. Schliesslich will ich nicht unerwähnt lassen, dass auf dem Londoner Dermatologischen Kongress 1896, als die Frage der Prognose der extragenitalen Syphilisinfektion angeschnitten wurde, die Mehrzahl der anwesenden Syphilidologen sich für einen gleichartigen Verlauf wie bei der genitalen Infektion aussprach.[2])

Nach Gegenüberstellung aller dieser Meinungen der Autoren wird man mit Protzek[3]) folgendes zusammenfassen können:

Die Schwere der konstitutionell syphilitischen Erscheinungen hängt nicht von der Lokalisation des Primäraffektes ab, sondern in erster Linie von der Widerstandsfähigkeit des Individuums, von seinem Kräftezustand, seiner Entwicklung, seinen äusseren Lebensverhältnissen. Diese Ansicht vertritt denn auch mein sehr verehrter Lehrer Herr Professor Seifert.

F. Prophylaxe der extragenitalen Syphilisinfektion.

Eine sichere Prophylaxe gibt es leider nicht, was erklärlich ist, wenn man die sonderbaren und verschiedenartigsten Entstehungsweisen des extragenitalen Schankers in Betracht zieht. Lippen- und Mundsklerosen sollten sofort durch Aufnahme in ein Krankenhaus unschädlich gemacht werden. In der Hauptsache deckt sich der Begriff Prophylaxe mit dem Begriff „Reinlichkeit" in weitester Ausdehnung.[4]) Kurz möchte ich noch auf die Infektionsgefahr bei einigen gesellschaftlichen und kirchlichen Gebräuchen hinweisen, ohne dieselben näher zu erörtern.

[1]) Sendziak, Monatsheft für Ohrenheilk. 1900, p. 419 u. f.
[2]) Dermatol. Zeitschr. III. 1896, p. 707.
[3]) l. c., p. 38.
[4]) Schnabel, Münch. med, Wochenschr. 1904, p. 588.

G. Behandlung des extragenitalen Schankers.

Die Therapie ist die gleiche wie bei den genitalen Sklerosen. Besonders ist darauf zu achten, dass durch den Schanker nicht eine Entstellung sichtbarer Körperteile entsteht. Hier würde eine chirurgische Behandlung durch Excision bei geeigneten Fällen in Betracht kommen. Bei der geringsten Neigung zum Zerfall oder zu weiterem Umsichgreifen wird man aus kosmetischen Gründen noch vor Ausbruch der Sekundärerscheinungen mit einer kräftigen Allgemeinbehandlung einsetzen.[1]) In der Charité zu Berlin wird aus diesem Grund überhaupt bei allen extragenitalen Sklerosen im Gegensatz zu den genitalen mit der Allgemeinbehandlung stets sofort begonnen.

Das Spezifikum ist wie bei der genitalen Sklerose das Quecksilber, doch wird empfohlen, dasselbe bei extragenitalem Primäraffekt in Form von Inunculationen oder tiefen, parenchymatösen Einspritzungen zu geben. Lokal wendet man am besten an. Pinselung mit Mandl'scher oder Lugol'scher Jodkaliumjodatlösung. Doch sind die Ansichten der Autoren über diesen Punkt noch geteilt.

H. Schluss: Zusammenfassung.

Die vorhergehende Darstellung lässt die klinische und volkshygienische Bedeutung des extragenitalen Primäraffekts der Syphilis zur Genüge ersehen. Ist schon die Zahl der bisher publicierten Fälle gross genug, dass ihr die grösste Aufmerksamkeit zugewandt werden muss, so repräsentiert sie doch nur ein Bruchteil der nicht publicierten, verkannten bezw. der der ärztlichen Kenntnis sich entziehenden extragenitalen Infektionen. Tatsächlich ist die Frequenz der extragenitalen Sklerose, bezw. der durch sie übertragenen Syphilis zu bedrohlicher Höhe gestiegen, die nicht wie bisher von fachmännischer, sondern auch von sanitätspolizeilicher Seite nach Gebühr berücksichtigt werden sollte.

---

[1]) Schnabel, Münch. med. Wochenschr. 1904, p, 588.

Berücksichtigt man, dass der weitaus grösste Teil der extragenital Inficierten schuldlose Opfer der schweren, viele Jahre dauernden Krankheit sind, so muss die Einführung wirksamer Schutzmassregeln als ein Gebot der Menschlichkeit bezeichnet werden.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Prof. Dr. Seifert für die Anregung zu dieser Arbeit und die äusserst liebenswürdige Unterstützung in der manigfachsten Weise auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Archiv für Dermatologie und Syphilis.
2. Archiv für Laryngologie und Rhinologie (Fränkel).
3. Annales de Dermatologie et Syphilidographie.
4. Fournier, Leçons sur la Syphilis.
5. Bulkley, Syphilis in the innocent. (1894).
6. Mitteilungen aus der Klinik für Haut- und venerische Krankheiten von Prof. Dr. van Haren Noman in Amsterdam, Haarlem 1889.
7. Zeitschriften:
   a) Münchener medizinische Wochenschrift.
   b) Wiener klinische Wochenschrift.
   c) Deutsche medizinische Wochenschrift.
   d) Berliner klinische Wochenschrift.
   e) Dermatologisches Centralblatt.
   f) Monatshefte für praktische Dermatologie.
   g) International. Centralblatt für Laryngologie.
   h) Klinisch-therapeutische Wochenschrift.
   i) Monatshefte für Ohrenheilkunde.
8. Dissertationen:
   a) Dupond, Syph. du nez et d. fosses nasal., Bordeaux 1887.
   b) Nivet, Chancres syphilit., Paris 1887.
   c) Protzek, extragenitale P.-A., Breslau 1891.
   d) Le Bart, Chancre prim. du nez, Paris 1894.
   e) Brunon, Chancre syph. d. foss. nasal., Lyon 1895.
   f) Bazénerye, Syphil. nasal. acquise, Paris 1894.
   h) Stiebel, extragenitale P.-A., Würzburg 1895.
   i) Ebner, luetisch P.-A. der oberen Luftwege, Leipzig 1897.
   k) Moses, Casuistik d. extragen. Syphil.-Infekt., Leipzig 1904.

Inhalts-Verzeichnis.

Seite

A. Die extragenitale Infektion der Syphilis.
(Allgemeines. Vorkommen, Entstehung, Statistik) 5
B. Allgemeines über die primäre Nasensyphilis
(Übergang, Geschichte u. Litteratur, Vorkommen u. Statistik) 11
C. Die syphilitische Sklerose an und in der Nase
1. Sitz 15
2. Entstehung (Infectionsmodus) 18
3. Pathologische Anatomie 20
4. Klinische Symptome (objektive — subjektive) 21
5. Verlauf 26
6. Differentialdiagnose 27
7. Krankengeschichten zur Erläuterung 34
D. Tabelle der gesammelten Fälle von primärer Nasensyphilis . . 46
E. Prognose der extragenital entstandenen Syphilis 78
F. Prophylaxis 85
G. Therapie 86
H. Schluss: Zusammenfassung 86

Autorenverzeichnis 76
Litteratur 88

Lebenslauf.

Ich, Hermann Löb, bin am 30. Mai 1881 zu Steinbach am Glan, Rheinpfalz, geboren, bin jüdischer Konfession, Sohn des Handelsmannes Joseph Löb. Meinen ersten Schulunterricht erhielt ich in der Volksschule meines Heimatdorfes. Vom Herbst 1892 an besuchte ich das Grossherz. Gymnasium zu Birkenfeld (Oldenburg. Fürstentum), welches ich Ostern 1901 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Von da ab studierte ich auf der Universität Würzburg Medizin und bestand Ostern 1903 mein tentamen physicum. Im Sommersemester 1904 besuchte ich die Universität München, im übrigen verbrachte ich mein ganzes Studium zu Würzburg, wo ich auch im W. S. 1905/06 mein Staatsexamen bestand. Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Würzburg:

Prof. Dr. Wien, Prof. Dr. Kraus, Prof. Dr. Boveri, Prof. Dr. Hantsch, Prof. Dr. Sobotta, Prof. Dr. Stöhr, Dr. Spemann, Prof. Dr. v. Frey, Prof. Dr. Schultze, Prof. Dr. v. Rindfleisch, Dr. Arneth, Prof. Dr. Schönborn, Prof. Dr. Geigel, Prof. Dr. Kunkel, Prof. Dr. Leube, Prof. Dr. Seifert, Prof. Dr. Riedinger, Dr. Burkhard, Dr. Burkhardt, Prof. Dr. Müller, Prof. Dr. Matterstock, Prof. Dr. Hofmeier, Prof. Dr. Hess, Prof. Dr. Lehmann.

In München:

Prof. Dr. Müller, Prof. Dr. v. Angerer, Prof. Dr. v. Winckel, Prof. Dr. Amann, Prof. Dr. Gruber, Prof. Dr. Eversbusch.

Allen diesen meinen hochverehrten Lehrern spreche ich an dieser Stelle meinen aufrichtigen Dank aus.